2015年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导

医科类专业（下册）

内科护理学
外科护理学

河南省职业技术教育教学研究室　编

電子工業出版社
Publishing House of Electronics Industry
北京·BEIJING

内 容 简 介

本书为 2015 年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导丛书之一，主要内容有：内科护理学、外科护理学及其相关试题和参考答案，同时还收录了近两年来河南省中等职业学校毕业生对口升学考试医科类专业课试卷、参考答案及评分标准。

本书适用于参加医科类专业对口升学考试的学生作为复习参考资料。

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。
版权所有，侵权必究。

图书在版编目（CIP）数据

医科类专业. 下册，外科护理学 · 内科护理学/河南省职业技术教育教学研究室编. —北京：电子工业出版社，2015.2
（2015 年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导）

ISBN 978-7-121-25505-2

Ⅰ. ①医… Ⅱ. ①河… Ⅲ. ①外科学—护理学—中等专业学校—升学参考资料②内科学—护理学—中等专业学校—升学参考资料 Ⅳ. ①R

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 026629 号

策划编辑：柴 灿
责任编辑：郝黎明
印 刷：
装 订：
出版发行：电子工业出版社
北京市海淀区万寿路 173 信箱 邮编：100036
开 本：787×1092 1/16 印张：18 字数：460.8 千字
版 次：2015 年 2 月第 1 版
印 次：2015 年 2 月第 1 次印刷
定 价：33.00 元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：(010）88254888。

质量投诉请发邮件至 zlts@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件至 dbqq@phei.com.cn。

服务热线：(010）88258888。

前　言

普通高等学校对口招收中等职业学校应届毕业生，是拓宽中等职业学校毕业生继续学习的重要渠道，是构建现代职业教育体系、促进中等职业教育科学发展的重要举措。为了做好2015年河南省中等职业学校毕业生对口升学考试指导工作，帮助学生有针对性地复习备考，我们组织专家编写了这套《2015 年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导》。这套复习指导以教育部2009年新颁布的教学大纲、河南省中等职业学校教学指导方案为依据，以国家和河南省中等职业教育规划教材为参考编写的，每本复习指导包括复习内容和要求、题型示例、近两年河南省中等职业学校毕业生对口升学考试试卷和参考答案等四部分内容。

在编写过程中，我们以科学发展观为指导，认真贯彻落实《国务院关于加快发展现代职业教育的决定》(国发〔2014〕19 号)和河南省人民政府《关于实施职业教育攻坚二期工程的意见》（豫政〔2014〕48 号）精神，坚持“以服务发展为宗旨、以促进就业为导向”的职业教育办学方针，以基础性、科学性、适应性、指导性为原则，紧扣《考纲》，着重反映了各专业（学科）的基础知识和基本技能，注重培养和考查学生分析问题和解决问题的能力。这套书对考纲所涉及的知识点进行了进一步梳理，力求内容精练，重点突出，深入浅出。在题型设计上，既有典型性和实用性，又有系统性和综合性；在内容选择上，既适应了选拔性能力考试的需要，又注意了对中等职业学校教学工作的引导，充分体现了职业教育特色。

本套书适用于参加2015年中等职业学校对口升学考试的学生和辅导教师。在复习时，建议以教材为基础，以复习指导为参考，二者配合使用，效果更好。

本书是这套书中的一种，其中《内科护理学》部分，主编孙建勋，参编张彦芳；《外科护理学》部分，主编 贾欣 ，参编杨耀欢、胡蝶。本书由杨金栓审稿。

由于经验不足，时间仓促，书中瑕疵在所难免，恳请广大师生及时提出修改意见和建议，使之不断完善和提高。

河南省职业技术教育教学研究室

2015 年 2 月

目　录

第一部分　内科护理学

复习指导……1
第一章　呼吸系统疾病……1
第二章　循环系统疾病……15
第三章　消化系统疾病……31
第四章　泌尿系统疾病……42
第五章　血液及造血系统疾病……48
第六章　内分泌及代谢疾病……56
第七章　风湿性疾病……62
第八章　神经系统疾病……66
第九章　精神疾病……76
第十章　理化因素所致疾病……80
第十一章　常见传染病……85
内科护理学题型示例……92

第二部分　外科护理学

复习指导……121
第一章　外科体液代谢失衡……121
第二章　外科休克……126
第三章　急性肾衰竭……129
第四章　心脏骤停与心肺脑复苏……131
第五章　外科感染……135
第六章　损伤……138
第七章　颅脑疾病……142
第八章　甲状腺功能亢进症的外科治疗……147
第九章　胸部疾病……150

第十章　腹部疾病……153
第十一章　周围血管疾病……165
第十二章　泌尿及男生殖系统疾病……168
第十三章　骨与关节疾病……172
第十四章　肿瘤……176
外科护理学题型示例……185

第三部分　2013—2014 年试题

2013 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类西医专业课试题卷……220
2013 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类中医专业课试题卷……228
2014 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类西医专业课试题卷……235
2014 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类中医专业课试题卷……242

第四部分　参考答案

内科护理学题型示例参考答案……249
外科护理学题型示例参考答案……258
2013 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类西医专业课试题参考答案及评分参考……271
2013 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类中医专业课试题参考答案及评分参考……274
2014 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类西医专业课试题参考答案及评分参考……276
2014 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试
医科类中医专业课试题参考答案及评分参考……279

第一部分

内科护理学

复 习 指 导

第一章　呼吸系统疾病

复习要求

1. 熟悉呼吸系统疾病常见症状和体征的概念、原因、特点及护理要点。

2. 熟悉慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、慢性阻塞性肺疾病的概念；熟悉慢支和慢阻肺的病因和诊断标准，掌握其临床表现、治疗原则和护理要点。

3. 熟悉肺源性心脏病的概念、病因，掌握其临床表现、治疗原则和护理要点。

4. 熟悉支气管哮喘的概念；熟悉支气管哮喘的病因及发病机制，掌握其临床表现、治疗措施和护理要点；掌握哮喘持续状态的概念、表现及抢救措施；熟悉支气管哮喘的健康教育。

5. 熟悉肺炎的分类；掌握社区获得性肺炎和院内获得性肺炎的概念；了解肺炎球菌肺炎的病因、发病机制和诱因；掌握肺炎球菌肺炎的临床表现、治疗原则和护理要点。

6. 熟悉支气管扩张的病因和发病机制，掌握其临床表现和治疗原则；掌握体位引流的方法和护理。

7. 熟悉慢性呼吸衰竭的病因和分型；掌握呼吸衰竭的概念、临床表现、诊断标准、治疗原则和护理要点。

8. 了解肺结核的病因、发病机制；熟悉肺结核常用检查项目的意义；掌握肺结核的临床表现、治疗原则及护理要点；掌握预防肺结核传播的措施。

9. 了解原发性支气管肺癌的病因和分类，熟悉其辅助检查，掌握其临床表现、治疗要点和护理要点。

10. 熟悉急性呼吸窘迫综合征的概念、诊断要点和治疗要点。

11. 熟悉胸腔穿刺术的目的、方法及护理措施。

复习内容

一、呼吸系统疾病常见症状、体征

（一）咳嗽与咳痰

1. 定义　咳嗽是机体的一种反射性保护动作，借咳嗽反射以清除呼吸道分泌物和异物。痰是由支气管黏膜的分泌物或肺泡的渗出物形成的。咳痰是通过支气管平滑肌的收缩、支气管黏膜上皮细胞的纤毛运动及咳嗽反射将呼吸道分泌物排出体外的动作。

2. 原因　①感染（以病毒和细菌感染最常见）；②变态反应；③理化因素刺激；④机械性刺激；⑤其他。

3. 护理要点　①改善环境，减少刺激；②补充营养与水分；③协助排痰；④遵医嘱用药；⑤预防并发症。

（二）咯血

1. 定义　咯血是指喉部以下呼吸道或肺组织出血，血液随咳嗽经口腔咯出。

2. 量　根据咯血量的多少可分为①痰中带血；②小量咯血：一次出血量<100mL；③中等量咯血：一次出血量在 100～300mL；④大量咯血：一次出血量>300mL 或 24 小时>600mL。

3. 原因　①支气管疾病，以支气管扩张多见；②肺部疾病，如肺结核（最常见）、肺癌；③心血管疾病，如二尖瓣狭窄等；④其他。

4．护理要点

（1）生活护理：注意休息和合理饮食。

（2）病情观察：注意观察患者的情绪、呼吸音，有无窒息先兆和窒息表现。

（3）用药护理：遵医嘱应用止血药，首选脑垂体后叶素。对烦躁不安者，可适当应用镇静剂，如地西泮、10%水合氯醛。禁用吗啡、哌替啶，以免引起呼吸抑制。

（4）防治窒息。

（5）心理护理：解释咯血有关问题，嘱患者勿屏气。

（三）肺源性呼吸困难

1. 定义　肺源性呼吸困难是指呼吸系统疾病引起患者主观感觉空气不足、呼吸费力，客观上有呼吸频率、节律与深度的异常。严重时出现发绀、鼻翼扇动、张口耸肩、端坐呼吸。

2. 原因及分类

（1）吸气性呼吸困难：与大气道狭窄梗阻有关。以吸气显著困难为特点，严重者可有三凹征（胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙在吸气时明显下陷），常见于喉头水肿、气管异物。

（2）呼气性呼吸困难：与支气管痉挛、狭窄、肺组织弹性减弱有关。以呼气明显费力，呼气相延长伴有广泛哮鸣音为特点，常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿等。

（3）混合性呼吸困难：吸气和呼气均感费力，呼吸浅而快。见于重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液、气胸等。

（四）胸痛

胸痛是由于胸内脏器或胸壁组织病变引起的胸部疼痛。常见原因有 ：①内脏缺血缺氧如心绞痛、急性心肌梗死、肺梗死。②炎症如胸膜炎等；③肿瘤；④其他。胸膜炎患者在休息时应取患侧卧位。

二、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿和慢性阻塞性肺疾病

（一）概念

1. 慢性支气管炎　简称慢支，是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。

2. 慢性阻塞性肺气肿　简称肺气肿，是指终末细支气管远端（呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）的气道弹性减退、过度膨胀、充气和肺容积增大，或同时伴有气管壁破坏的病理状态。

3. 慢性阻塞性肺疾病（COPD）简称慢阻肺，是以慢性持续性气流阻塞为特征的一组疾病，其特征性改变是气道、肺实质及肺血管的慢性炎症。慢支和肺气肿肺功能检查出现气流受限并且不能完全可逆时，称为慢性阻塞性肺疾病。

（二）病因

1. 感染因素　感染是造成慢支的起病、加重和复发的基本原因。

2. 吸烟　是 COPD 的重要发病因素。

3. 理化因素。

4. 过敏因素。

5. 蛋白酶-抗蛋白酶失衡。

6. 其他　如自主神经功能失调、营养不良、免疫功能低下等。

（三）临床特征

1．慢支　以慢性咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作为主要特征。

2．肺气肿　在咳嗽、咳痰的基础上出现进行性加重的呼吸困难。有典型肺气肿体征：①视诊：桶状胸，呼吸运动减弱。②触诊：语颤减弱或消失。③叩诊：呈过清音，心浊音界缩小或不易叩出，肺下界和肝浊音界下降。④听诊：呼吸音普遍减弱，呼气延长，合并感染时有湿啰音。心音遥远。

3．COPD　以气短或呼吸困难为标志性症状。

（四）诊断标准

1. 慢支　根据咳嗽、咳痰或伴有喘息，每年发病持续三个月，连续两年或以上，并排除其他心、肺疾患时，可作出诊断。若发作时间不足三个月，但 X 线显示肺纹理增粗、紊乱者也可诊断。

2. 肺气肿　①有慢性咳嗽、并出现渐进性呼吸困难。②有肺气肿体征。③ X 线显示两肺透亮度增加，肋骨变平、肋间隙增宽，膈肌低平。④肺功能测定残气量（RV）/肺总量(TLV)>40%。

3. COPD　第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值（$FEV_1/FVC\%$）小于 70%，第一秒用

力呼气量占预计值百分比（FEV_1%预计值）小于 80%。

（五）慢支的临床分型与分期

1．分型　可分为单纯型和喘息型。

2．分期　①急性发作期：在 1 周内出现脓性痰，量增多或伴有发热等症状。②慢性迁延期：咳、痰、喘症状迁延 1 月以上。③临床缓解期：经治疗或自然缓解、症状基本消失保持 2 月以上。

（六）并发症

1. 慢支　最常见的并发症是慢性阻塞性肺气肿。

2. 肺气肿、COPD　易并发慢性肺源性心脏病（最常见而严重的并发症）、呼吸衰竭、自发性气胸（突然加剧的呼吸困难，或咳嗽后出现显著胸痛、紫绀，叩诊呈鼓音，患侧呼吸音减弱或消失）、感染等。

（七）治疗原则

1．急性发作期　控制感染，辅以祛痰、镇咳、解痉、平喘。

2．缓解期治疗　戒烟。增强体质，预防呼吸道感染。长期家庭氧疗。呼吸功能锻炼。

（八）护理要点

1．生活护理　多休息，采取节能体位减少耗氧量。加强营养，避免产气食物。

2．用药护理　遵医嘱应用抗生素、化痰镇咳药、平喘药，并观察药物的疗效及副作用。

3．协助排痰　①指导患者深呼吸，有效咳嗽；②拍背和胸壁震荡；③湿化呼吸道；④体位引流；⑤机械吸痰。

4．呼吸功能锻炼　包括缩唇呼吸和腹式呼吸。缩唇呼吸的作用是提高支气管内通气时间，防止呼气时小气道过早陷闭，以利于肺泡气体排出。腹式呼吸是通过腹肌的主动收缩与舒张，增加胸腔容积，可使呼吸阻力减低，肺泡通气量增加，提高呼吸效率。要领是：用鼻吸气用口呼气，吸气时尽量挺腹，呼气时收腹，口唇缩拢似吹口哨状，吸与呼时间之比为 1∶2 或 1∶3。每分钟呼吸 7～8 次，如此反复训练，每次 10～20min，每日两次。

5．指导家庭氧疗　低流量（1～2L/min）低浓度（25%～29%）持续（每天 15h 以上）吸氧。

6．协助病人戒烟。

7．防治并发症。

三、慢性肺源性心脏病

（一）定义

慢性肺源性心脏病，简称肺心病，是由于慢性肺组织、肺血管或胸廓病变引起的肺循环阻力增加，肺动脉高压，致使右心室肥厚、扩大，甚至发生右心衰竭的一类疾病。

（二）病因

1．支气管、肺疾病　以慢支并发阻塞性肺气肿最多见，约占 80%～90%，其他如支气管

哮喘、支气管扩张、重症肺结核等亦可引起。

2．胸廓运动障碍性疾病。

3．肺血管疾病。

（三）发病机制

肺动脉高压是慢性肺心病发生的关键环节，缺氧是肺动脉高压形成最重要的因素。机制有：①随着肺气肿的加重，肺泡内压增高，压迫肺泡毛细血管，造成毛细血管管腔狭窄或闭塞；肺泡壁破裂，造成毛细血管网毁损，肺循环阻力增大，促使肺动脉高压；②气道阻塞引起的缺氧、高碳酸血症、酸中毒使肺血管收缩、痉挛，加重了肺动脉高压；③缺氧和高碳酸血症使肾小动脉收缩，肾血流量减少，促使水、钠潴留而增加肺血流量；④继发性红细胞增多，血黏度增高，增加血流阻力，促使肺心病发展，最终导致右心衰竭。

（四）临床表现

1．肺、心功能代偿期　①原发病表现；②肺动脉高压和右心室肥大表现（肺动脉瓣区第二心音亢进，三尖瓣区出现收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强）。

2．肺、心功能失代偿期

（1）呼吸衰竭：急性呼吸道感染是最常见的诱因。以呼吸困难、发绀和肺性脑病为突出表现。（肺性脑病：是指因慢性阻塞性肺疾病，导致通气和换气功能障碍致缺氧和二氧化碳潴留，引起中枢神经系统功能障碍的病理生理综合征）。

（2）心力衰竭：主要表现为右心衰竭，以下肢水肿、肝脏肿大，肝-颈静脉回流征阳性为主要表现。

3．并发症

（1）肺性脑病：是肺心病的首要死因。

（2）心律失常：主要表现为房性心律失常。

（3）酸碱平衡失调和电解质紊乱：多见代谢性酸中毒伴呼吸性酸中毒。

（4）休克：是肺心病的较常见的严重并发症之一。

（5）其他：消化道出血，DIC 等。

（五）诊断标准

1．呼吸系统原发病的存在。

2．肺动脉高压、右心室肥大的体征或右心功能不全的表现。肺动脉瓣区第二心音亢进（$P_2>A_2$）提示肺动脉高压，三尖瓣区闻及收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强，提示右心室肥厚。

3．心电图、X 线检查和超声心动图提示肺动脉高压和右心室肥大。

（六）治疗原则

1．急性期治疗　①积极控制呼吸道感染；②改善呼吸；③纠正呼吸衰竭和心力衰竭。

2．缓解期治疗　①预防呼吸道感染；②积极治疗原发病，促进心、肺功能恢复。

（七）护理要点

① 遵医嘱用药。②协助排痰。③吸氧（持续低流量、低浓度）。④加强日常生活协助。

四、支气管哮喘

（一）概念

支气管哮喘（简称哮喘），是一种以嗜酸性粒细胞和肥大细胞反应为主的气道变应性炎症和气道高反应性为特征的疾病。气道阻塞不同程度的可逆性是本病的特点。临床表现为反复发作的呼气性呼吸困难伴哮鸣音，可自行或经治疗后缓解。

（二）病因和发病机制

1．病因　受遗传和环境因素双重影响。常见环境因素有：①吸入性过敏原：最重要，如花粉、尘螨、真菌孢子、动物毛屑、臭氧、二氧化硫、吸烟烟雾、烹调香味等。②感染：呼吸道感染（尤其是病毒感染）是哮喘急性发作的常见诱因。③其他：某些食物，如鱼类、虾蟹、蛋类和牛奶等；某些药物，如普萘洛尔、阿司匹林、抗生素（如青霉素、磺胺类）、碘造影剂等；气候变化、运动、精神因素等均可诱发哮喘发作。

2．发病机制　①变态反应；②气道炎症；③气道高反应性；④神经因素。

（三）临床表现

1．症状　①发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难；②张口、抬肩、端坐呼吸，大汗淋漓，严重者可出现紫绀；③可自行缓解或用支气管舒张剂缓解；④缓解期无任何症状和体征。

2．体征　哮喘发作时，患者胸廓饱满，叩诊呈过清音，双肺闻及广泛哮鸣音，呼气延长，心率加快，重者端坐呼吸。但严重发作时，也可听不到哮鸣音（寂静肺）。

（四）治疗原则

1．原则　控制急性发作、避免和去除过敏原、预防复发。

2．用药　①β_2受体兴奋剂是控制哮喘急性发作的首选药物。长期使用可产生耐受性使疗效降低。②肾上腺糖皮质激素是目前治疗哮喘最有效的抗炎药物。③抗胆碱药尤适用于夜间哮喘发作和痰多者。④色甘酸钠对预防运动或过敏原诱发的哮喘最为有效。给药方式以气雾剂为首选。

（五）哮喘持续状态

1．定义　严重哮喘发作持续 24 小时以上，经一般的支气管扩张剂治疗无效者称哮喘持续状态。

2．诱因　呼吸道感染未控制、过敏原未消除、严重脱水、酸中毒、精神紧张、并发心肺功能障碍等。

3．表现　嗜睡或意识模糊，不能讲话，呼吸音、哮鸣音减弱或消失，胸腹部矛盾运动，心动过速或过缓，血压下降，严重脱水，可因呼吸、循环衰竭而死亡。

4．抢救　①吸氧（氧流量 1～3L/min，氧气应温暖湿化）。②纠正脱水（每日宜静脉补液 2500～3000mL）。③迅速解痉治疗。④积极控制感染。⑤纠正酸中毒。⑥合并症处理。

（六）健康教育

1．相信通过适当的措施，哮喘完全可以控制发作。

2．避免接触环境中的过敏原，饮食适当补充水分，避免鱼、虾、蟹、蛋类和牛奶。

3．正确应用吸入器　①应用定量雾化器时，按压与吸气应同步。②药物吸入后尽可能屏住呼吸 5～10s，然后呼气。③每次用药后应漱口，以减少药物在口腔残留。④观察药物副作用。

4．自我病情监测和判断。

5．提高治疗依从性和管理。

五、肺炎

（一）分类

1．按病因分　①感染性肺炎（细菌感染最常见）；②理化性肺炎；③变态反应性肺炎。

2．按病变部位分　①大叶性肺炎；②小叶性肺炎；③间质性肺炎。

3．按患病环境分　①社区获得性肺炎（是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症）；②医院获得性肺炎（是指病人在入院时不存在、也不处于感染潜伏期，而于入院 48 小时后在医院内发生的肺炎）。

（二）肺炎球菌肺炎的病因、发病机制和诱因

致病菌为肺炎链球菌，它是寄居在健康人上呼吸道的一种正常菌群。当机体免疫功能受损，如淋雨、疲劳、醉酒、精神刺激等因素的影响，细菌侵入下呼吸道，并在肺泡内繁殖。其毒力大小与多糖荚膜有关。

（三）肺炎球菌肺炎的特征

1．症状　①起病急骤、寒战、高热；②胸痛；③咳嗽、咳铁锈色痰；④呼吸困难；⑤偶有明显消化道症状，可误诊为急腹症。

2．体征　肺实变体征（呼吸运动减弱，触觉语颤增强，叩诊呈浊音，听诊闻及管状呼吸音和湿性啰音）。

3．诊断　①急起寒战高热伴明显呼吸道症状；②典型肺实变体征；③X 线呈叶或段分布的均匀的淡薄阴影（充血期）或均匀而致密阴影；④白细胞计数及中性粒细胞明显升高。

（四）治疗原则

1．抗菌素治疗　肺炎球菌肺炎首选青霉素，抗生素疗程一般为 5～7d 或热退后 3d 停药。

2．对症、支持疗法　高热者首选物理降温，于头部、腋下、腹股沟等处置冰袋，或乙醇擦浴降温。胸痛者取患侧卧位。气急者给予半卧位，吸氧，流量 2～4L/min。

（五）中毒性肺炎

1．定义　中毒性肺炎又叫休克型肺炎，是以周围循环衰竭为主要表现的一种重症肺炎。

2．表现　高热骤降至常温以下、脉搏细速、脉压变小、呼吸浅快、烦躁不安、面色苍白、肢冷出汗、尿量减少。

3．抢救　①体位（中凹卧位）；②吸氧；③扩充血容量（是抗休克最基本的措施）；④纠正酸中毒（碱性药物集中先行输入）；⑤血管活性药物应用（单独一路静脉输入，维持收缩压

在 90～100mmHg）；⑥糖皮质激素应用；⑦抗菌药物应用。

（六）护理要点

①指导患者正确留取痰液标本。②遵医嘱应用敏感抗生素。③降温与保暖。④协助排痰。⑤吸氧。⑥休克型肺炎的病情判断与疗效监测。

六、支气管扩张

（一）病因和发病机制

1．支气管-肺组织感染和支气管阻塞　婴幼儿百日咳、麻疹、支气管炎是支气管-肺组织感染所致支气管扩张最常见的原因。

2．支气管先天性发育缺损和遗传因素。

（二）临床特征

①慢性咳嗽；②大量脓痰（静止后可分三层，上层为泡沫，中层为浑浊黏液，下层为脓性物和坏死组织，合并厌氧菌感染时痰液有恶臭。）；③反复咯血（少数病人反复咯血而平时无咳嗽、咳痰，称为“干性支气管扩张”）；④继发肺部感染；⑤病变部位可闻及固定、持久的湿性啰音。

（三）诊断要点

根据病史（婴幼儿时期患麻疹、百日咳）、临床表现、胸部 X 线检查可诊断。典型的 X 线表现为粗乱肺纹理中有多个不规则的环状透亮阴影或沿支气管的卷发状阴影。支气管碘油造影可确诊，能确定病变部位、性质、范围、严重程度，为治疗或手术切除提供重要参考依据。高分辨率 CT 是目前诊断支气管扩张的主要方法。

（四）治疗原则

促进痰液引流和防治呼吸道反复感染同样重要。常采用有效抗生素控制感染，稀释脓痰和促进排痰，以保持支气管引流通畅；必要时手术切除扩张的肺叶或肺段。咯血者应及时止血，预防窒息。

（五）体位引流

1．适应证　①支气管扩张、肺脓肿、慢性支气管炎、肺结核等疾病有大量痰液而排除不畅者；②支气管碘油造影术前、术后。

2．禁忌证　①呼吸功能不全，有严重呼吸困难及发绀者；②近 2 周内有大咯血者；③有严重心血管疾病或年老体弱不能耐受者。

3．原则　病肺处于高处，引流支气管开口向下。

4．注意事项　①引流宜在饭前进行；②对痰液黏稠者，引流前予超声雾化吸入；③术中鼓励患者放松，适当咳嗽、咳痰；④引流过程中密切观察患者反应。

七、呼吸衰竭

（一）定义

呼吸衰竭是由于多种原因引起的肺通气和（或）肺换气功能严重障碍，以致不能进行有效的气体交换，导致缺氧或伴二氧化碳潴留，从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

（二）病因、诱因、发病机制

1．病因　①支气管、肺疾病，以慢性阻塞性肺疾病最常见；②胸廓、神经肌肉病变；③肺血管病变。

2．诱因　呼吸道感染是引起失代偿性慢性呼吸衰竭最常见的诱因。

3．发病机制　①肺泡通气不足；②通气/血流比例失调；③弥散障碍。

（三）分型

1．根据血气分析分为Ⅰ型（低氧血症型）和Ⅱ型（低氧伴高碳酸血症型）。

2．根据呼衰发生的急缓分为急性呼衰和慢性呼衰。

（四）临床表现

1．呼吸困难　是临床最早出现的表现。

2．紫绀　是严重缺氧的典型表现。

3．精神、神经症状　轻度缺氧可出现注意力分散、定向力减退；重者出现烦躁不安、神志恍惚、嗜睡、昏迷。CO_2 潴留早期出现烦躁、昼睡夜醒，严重者表现神志淡漠、间歇抽搐、昏睡、昏迷。缺氧和 CO_2 潴留所引起的精神神经症状称为肺性脑病。昼睡夜醒是肺性脑病的早期表现。

4．心血管系统症状　早期脉率增快、脉压增大、血压升高，晚期心律失常、血压下降甚至休克。CO_2 潴留引起外周静脉扩张，表现为颜面潮红、球结膜水肿、浅表静脉充盈、四肢及皮肤温暖潮湿。

5．其他　可出现 ALT 升高、消化道出血、肾功能损害和 DIC 等。

（五）诊断标准

1．有导致呼吸衰竭的病因、基础疾患或诱因。

2．有低氧血症或伴高碳酸血症的临床表现。

3．在海平面大气压下，静息状态呼吸空气时 $PaO_2<60mmHg$ 或伴 $PaCO_2>50mmHg$，并排除心内解剖分流或原发性心排血量减低时，呼衰即可诊断。

（六）治疗原则

1．保持气道通畅　是纠正缺氧和二氧化碳潴留的首要条件。

2．氧疗。

3．增加通气量、减少 CO_2 潴留　可应用呼吸中枢兴奋剂或机械通气。

4．纠正水、电解质及酸碱失衡。

5．治疗原发病。

（七）护理要点

①保持呼吸道通畅。②合理给氧：持续低浓度（25%～29%）、低流量（1～2L/min）吸氧。③遵医嘱用药。④病情判断与疗效监测。⑤机械通气。

八、肺结核

（一）病因及发病机制

肺结核是由结核分枝杆菌引起的肺部慢性传染病，对人类致病者主要为人型菌，具有抗酸染色的特性，对外界环境抵抗力较强。入侵结核菌的数量、毒力、人体免疫力、变态反应的高低等决定了感染后结核病的发生、发展与转归。

排菌患者（痰菌阳性）是主要的传染源，空气—飞沫传播（呼吸道传播）是主要传播途径，将痰吐在纸上直接焚烧是最简单的灭菌方法。

结核病基本的病理改变有渗出、增殖、干酪样坏死及空洞形成。

（二）分型与分期

1．分型　1999 颁布的结核病的分型有：①原发型肺结核；②血行播散型肺结核；③继发型肺结核；④结核性胸膜炎；⑤其他肺外结核；⑥菌阴肺结核。

2．分期　①进展期；②好转期；③稳定期。

（三）临床表现

1．结核毒性症状　①午后低热；②消瘦、乏力；③夜间盗汗。

2．呼吸系统症状　①咳嗽、咳痰（最常见）；②咯血（大咯血可致失血性休克，咯血不畅可致窒息）；③胸痛（病变累及壁层胸膜）；④呼吸困难（重症肺结核、病变范围较大者、并发气胸或大量胸腔积液时）。

3．体征　病灶范围较大者可见患侧呼吸运动减弱，语颤增强、叩诊浊音、听诊呼吸音减低，可听到支气管肺泡呼吸音及湿啰音。锁骨上下区、肩胛间区于咳嗽后闻及湿啰音，常有助于结核的诊断。病变广泛纤维化或胸膜增厚粘连时，病侧胸廓塌陷、肋间隙变窄、气管向病侧移位，对侧可有代偿性肺气肿征。

（四）各型特征

1．原发型肺结核　①多见于儿童。②症状多轻微而短暂。③结核菌在肺内经淋巴道播散，表现为原发综合征（原发病灶、淋巴管炎和肺门淋巴结炎）。④X 线表现为哑铃形阴影。⑤绝大多数病儿病灶可自行吸收或钙化。

2．血行播散型肺结核　①可见于儿童或成人。②结核杆菌经血行传播。③分急性、亚急性和慢性三种。④急性者起病急，症状重，可有高热、盗汗、气急、紫绀、虚弱等，可并发结核性脑膜炎。⑤X 线表现为“三均匀”（分布均匀、大小相等、密度一致）或“三不均”的粟粒状阴影。

3．继发型肺结核

（1）浸润型肺结核：①是最常见的继发性肺结核类型。②多见于成人。③症状轻重不一。④细菌常沿支气管播散。⑤X 线显示有边缘模糊、片状或絮状阴影，可有结核球和虫蚀样空洞。⑥是主要的传染源。

（2）纤维空洞性肺结核：①是肺结核的晚期类型，②表现为长期咳嗽、咳痰、反复咯血、活动后气促，严重者可发生呼吸衰竭。③痰中常有结核菌，为结核病的重要传染源。④X 线表现有广泛纤维化病灶，厚壁空洞，肺纹理呈垂柳状，气管和纵隔向患侧移位，健侧呈代偿性肺气肿。重者可有毁损肺。

4．结核性胸膜炎　①因入侵细菌数量大或变态反应强所致。②分干性、渗出性和结核性脓胸三种。③主要表现为胸痛、干咳、呼吸困难等。④X 线表现为胸腔积液征象。

（五）常用检查及意义

1．结核菌检查　痰中找到结核菌是确诊肺结核的主要依据，并说明病灶为开放性，具有传染性。

2．胸部 X 线检查　胸部 X 线检查是早期诊断肺结核的主要方法，并能判断病灶部位、范围、性质、发展情况和治疗效果，是肺结核临床分型的主要依据。

3．结核菌素试验　可确定人体是否受结核菌感染，帮助结核病诊断。

4．其他检查　如血常规、血沉等。

（六）治疗

抗结核化学药物治疗对控制结核病起决定性作用，合理化疗可使病灶内细菌完全消灭最终达到痊愈。坚持早期、联合、适量、规律和全程治疗是抗结核化疗原则。常用杀菌剂有异烟肼、利福平、链霉素、吡嗪酰胺；②抑菌剂有对氨基水杨酸、乙胺丁醇等；常用抗结核药的用法及主要不良反应见表 1-1-1。

表 1-1-1　常用抗结核药的用法及主要不良反应

药　名	每日剂量（g）	间歇剂量（g）	主要不良反应
异烟肼（H,INH）	0.3	0.6～0.8	周围神经炎、偶有肝功能损害
利福平（R,RFP）	0.45～0.6	0.6～0.9	肝功能损害、过敏反应
链霉素（S,SM）	0.75～1.0	0.75～1.0	听力障碍、肾损害、口周麻木、皮疹等
吡嗪酰胺（Z,PZA）	1.5～2.0	2～3	胃肠道不适、肝损害、高尿酸血症、关节痛
乙胺丁醇（E,EMB）	0.75～1.0	1.5～2.0	球后视神经炎
对氨水杨酸（P,PAS）	8～12	10～12	胃肠道反应、过敏反应、肝功能损害

化疗分为两个阶段。第一阶段为强化治疗，疗程 1～3 个月，每日用药。第二阶段为维持治疗，疗程 12～18 个月，每周 3 次间歇用药。

（七）大咯血窒息的抢救

①立即置患者于头低足高位或抱起患者双腿呈倒立位；②保持气道通畅，迅速清除口、鼻腔、咽喉内血块或用鼻导管接吸引器将呼吸道分泌物和血液吸出，严重者行气管插管吸出血块。③高流量吸氧。④给予垂体后叶素止血。⑤必要时进行人工呼吸。

（八）护理要点

1．休息与营养（有高热、中毒症状明显及咯血者应卧床休息，宜采取患侧卧位，以利于健侧通气和防止病灶向健侧播散。进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。）

2．心理护理。

3．指导患者规律用药，并观察疗效及副作用。

4．预防传播　①早期发现，早期化疗，控制传染源；②固定用具或餐具、定时消毒；③不要随地吐痰，不要吞咽痰液，痰吐在纸上放入火内焚烧，或吐在加有消毒灵的痰杯内浸泡 1h 灭菌；④咳嗽、打喷嚏时应以手纸等掩住口鼻；⑤被褥、书籍在强烈日光下曝晒 2h；⑥室内隔日用 15 瓦紫外线灯照射 2h，切断传播途径；⑦加强营养，增加机体的抵抗能力。

九、原发性支气管肺癌

（一）病因

吸烟是肺癌的重要危险因素。80%～90%的男性肺癌与吸烟有关。另外，长期接触职业性致癌因子、空气污染、电离辐射、肺部慢性疾病、遗传等也与肺癌的发生有关。

（二）分类

1．按解剖学分类　分为中央型肺癌和周围型肺癌。

2．按细胞分化程度、形态特征和生物学特点分类　①鳞状细胞癌，最常见，多见于老年男性，与吸烟的关系最密切，生长慢、转移晚，手术切除机会多。②小细胞未分化癌，恶性度最高，生长快、转移早，对放、化疗较其他类型敏感。③大细胞未分化癌，恶性度高，转移较小细胞癌晚，手术切除机会较大。④腺癌，女性多见，恶性度介于鳞癌和小细胞癌之间，对放化疗敏感性较差。

（三）临床表现

1．由原发肿瘤引起的症状　①刺激性咳嗽，是最常见的早期症状，咳嗽呈高音调金属音。②咯血。③局限性喘鸣。④胸闷、气急。⑤消瘦或恶病质。⑥发热。

2．肿瘤压迫和转移引起的症状　①胸痛：约 30%的肿瘤直接侵犯胸膜、肋骨和胸壁，出现持续、固定、剧烈的胸痛。②呼吸困难。③咽下困难：为肿瘤侵犯或压迫食管引起。④声音嘶哑：肿瘤直接压迫或转移至纵隔淋巴结，肿大后压迫喉返神经所致（多见左侧）。⑤上腔静脉阻塞综合征：肿瘤侵犯纵隔、压迫上腔静脉，使头部静脉回流受阻，出现头面部、颈部和上肢水肿，以及胸前部淤血和静脉曲张，并有头痛、头昏或眩晕等。⑥霍纳综合征：位于肺尖部的肿瘤侵犯颈部交感神经节，引起病侧眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷，同侧额部与胸壁无汗或少汗。

3．体征　肿瘤致部分支气管阻塞时，有局限性哮鸣音。远处转移致右锁骨上窝及腋下淋巴结肿大。部分患者有杵状指（趾）。

（四）辅助检查

1．胸部 X 线检查　是发现肺癌的重要方法之一。中央型肺癌主要表现为单侧性不规则的

肺门肿块。右上叶中央型肺癌向管腔内生长，引起支气管完全阻塞，导致右上叶肺不张，肺不张伴肺门淋巴结肿大时，下缘可表现为倒 S 状影像，是右上叶中央型肺癌的典型征象。周围型肺癌表现为边界毛糙的结节状或团块状阴影。

2．痰脱落细胞检查　痰中找到癌细胞可确诊。

3．纤支镜检查　配合活检可确诊，主要适用于中央型肺癌。

4．其他　如开胸手术探查、胸水癌细胞检查、淋巴结活检、癌胚抗原检测等。

（五）治疗原则

以手术治疗为主，结合放射线、化学药物、中医中药以及免疫治疗等方法。非小细胞肺癌首选手术治疗，然后放疗或化疗。小细胞未分化癌首选化疗和放疗。

（六）护理要点

1．合理应用化疗药物　化疗期间饮食宜少量多餐，治疗前、后 2h 内避免进餐。严密观察血象变化，当白细胞总数降至 3.5×10^9/L 时，应及时报告医生并暂停化疗药物，当白细胞总数降至 1×10^9/L 时，遵医嘱输白细胞及使用抗生素以预防感染，并进行保护性隔离。

2．合理保护静脉　静脉给药时应在输注化疗药物前、后输注无药液体，以防药液外漏使组织坏死，并可减少对血管壁的刺激。若化疗药液不慎外漏，应立即停止输注，迅速用 0.5% 普鲁卡因溶液 10～20mL 局部封闭，并用冰袋冷敷（忌热敷，热敷加速扩散，加重组织损伤），局部外敷氟轻松或氢化可的松软膏，以减轻组织损伤。

3．镇痛　肺癌患者晚期最突出的病症是呼吸困难和疼痛。止痛时遵循三阶段止痛方案。首选口服，尽量避免肌内注射。24h 内按规律用药（控制疼痛），而不是在患者疼痛时用药。

4．给予关怀和心理支持。

5．合理营养　提供高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食，不能进食者鼻饲或静脉补充营养。

6．协助进行纤维支气管镜检查　检查前禁食 4h，术前 30min 按医嘱肌注阿托品 0.5mg，口服地西泮 5～10mg，静注 50%葡萄糖 40mL（糖尿病者除外）。用 2%利多卡因做咽喉喷雾麻醉。安置患者取仰卧位，帮助患者头部向后仰，使口喉与气管成一直线，以便纤维支气管镜插入。术后禁食、水 2h，麻醉消失后方可进食（以防误吸），以温凉流质或半流质饮食为宜。

（七）健康教育

戒烟、防治大气污染。成年人出现反复呼吸道感染、经久不愈的咳嗽、咳血痰等，应及早到医院进行有关检查。积极防治慢性肺部疾病。

十、急性呼吸窘迫综合征

（一）定义

急性呼吸窘迫综合征（ARDS）是指原心肺功能正常，由于严重感染、休克、烧伤、创伤、DIC 等肺内外严重疾病，导致急性肺泡-毛细血管膜损伤而引起的急性呼吸衰竭。临床以难以纠正的低氧血症和进行性呼吸困难为特征。ARDS 起病急骤，发展迅速，病死率高达 40%～

70%。死亡原因主要与多脏器功能衰竭有关。

（二）高危因素

1．肺内因素　吸入胃内容物、烟雾、腐蚀性气体、可卡因等引起的吸入性肺损伤，细菌、病毒、真菌引起的严重肺炎，溺水，放射性肺损伤等。

2．肺外因素　严重休克、严重创伤、严重感染、大面积烧伤、大量输血、肺脂肪栓塞、急性胰腺炎、药物或麻醉药品中毒等。

（三）临床表现

除原发病表现外，主要表现为急性进行性呼吸窘迫和严重的低氧血症。其呼吸窘迫的特点是呼吸深快费力，伴明显发绀，且常规氧疗无效，常伴烦躁、焦虑、出汗等。早期无异常体征，后期多可闻及水泡音，有管状呼吸音。

（四）诊断要点

①有 ARDS 的高危因素；②急性起病，呼吸频数或呼吸窘迫；③$PaO_2 \leq 60mmHg$；氧合指数（PaO_2/FiO_2）≤200mmHg；④X 线检查显示两肺浸润阴影；⑤肺动脉楔压（PAWP）≤18mmHg 或除外心源性肺水肿。其中，氧合指数降低是 ARDS 诊断的必要条件。

（五）治疗要点

治疗原则为纠正缺氧，克服肺泡萎陷，改善微循环，消除肺水肿，控制原发病。迅速纠正缺氧是抢救 ARDS 的重要措施。一般需高浓度（＞50%）给氧，使 $PaO_2 \geq 60mmHg$ 或 $SaO_2 \geq 90\%$，重者辅以机械通气，采用呼气末正压通气（PEEP），小潮气量，促进萎陷的肺泡扩张，提高氧分压。严格控制液体入量，给予利尿剂和输注白蛋白减轻水肿。全胃肠营养，监测呼吸、循环、水电解质、酸碱平衡。

十一、胸腔穿刺术

1．目的　①对胸腔积液性质不明者，抽取胸腔积液检查，明确积液性质，协助病因诊断。②对大量胸腔积液和积气者，通过胸腔穿刺放液或排气，缓解压迫症状，避免胸膜粘连。同时可进行胸腔灌洗、注射药物等。

2．方法　①安置合适体位；②确定穿刺点；③局部消毒与麻醉；④穿刺、抽吸；⑤病情观察。

3．注意事项　①抽液不宜过多过快，以防胸腔内压骤然下降，发生肺水肿，循环障碍。首次抽液量不宜超过 600mL，以后每次抽液量不应超过 1000mL；②穿刺放液过程中，防止空气进入胸膜腔；③术中应严密观察有无胸膜反应。

第二章　循环系统疾病

复习要求

1. 熟悉循环系统疾病常见症状、体征的概念、原因及护理要点。

2. 熟悉慢性心力衰竭的病因和诱发因素，掌握心力衰竭的概念、临床表现、治疗原则和护理要点；熟悉心衰常见的并发症；掌握洋地黄、利尿剂、血管扩张剂的应用。

3. 熟悉急性心力衰竭的病因，掌握急性心力衰竭的临床表现及抢救措施。

4. 掌握高血压病的概念、诊断标准、临床表现、治疗原则和护理要点，掌握常用降压药的应用；熟悉高血压患者的健康教育，熟悉高血压脑病、高血压危象的概念及抢救措施。

5. 掌握冠心病的概念和临床分型，心绞痛的概念、临床特征、治疗原则和护理要点，急性心肌梗死的概念、临床表现、血清酶学检查、心电图改变、救治原则和护理要点；熟悉冠心病的易患因素和健康教育。

6. 了解各型心瓣膜病的病理生理改变，掌握风湿性心瓣膜病的临床类型和表现，掌握风湿性心瓣膜病的并发症及防治；了解风湿性心瓣膜病的治疗措施。

7. 熟悉感染性心内膜炎的病因，掌握其临床表现、常用检查及治疗要点。

8. 熟悉病毒性心肌炎的病因和治疗措施；了解原发性心肌病的主要类型及特点。

9. 了解心律失常的定义和分类；熟悉常见心律失常的心电图特点及治疗要点，熟悉常用心电监护设备和除颤仪的使用。

复习内容

一、循环系统疾病常见症状、体征

（一）心源性呼吸困难

心源性呼吸困难是指由于各种心脏疾病发生心功能不全时而引起的呼吸困难。

1. 原因　①左心衰引起的肺淤血（最常见）；②右心衰、心包积液、心脏压塞等引起的体循环淤血。

2. 分类

（1）劳力性呼吸困难　是最轻、出现最早的呼吸困难，通常在体力活动时发生或加重，休息即缓解。常为左心衰竭早期表现。

（2）夜间阵发性呼吸困难　是心功能不全的典型表现，常发生在夜间，于睡眠中突然憋醒而被迫坐起。轻者经数分钟至数十分钟后症状消失；有些患者伴有咳嗽、咳泡沫样痰或伴支气管痉挛，两肺出现哮鸣音，又称“心源性哮喘”。

（3）端坐呼吸　常发生于心功能不全后期，患者平卧休息时亦感呼吸困难，需取坐位或半坐位以减轻呼吸困难。

3. 护理要点

（1）密切观察病情变化。

（2）休息：宜采取半卧位或坐位。

（3）吸氧：一般采用中等流量（2～4L/min）、中等浓度（29%～37%）氧气吸入。

（4）严格控制输液滴速：20～30 滴/分，以防止急性肺水肿发生。

（二）心前区疼痛

心前区疼痛指由各种理化因素刺激支配心脏的血管、神经的感觉纤维所引起的心前区或胸骨后阵发性压榨样疼痛。常见原因有：①冠心病（最常见）；②心包炎；③心血管神经官能症等。

（三）心悸

心悸是指病人自觉心跳或心慌，常伴心前区不适感。常见原因有：①心律失常；②各种器质性心脏病、全身性疾病；③某些生理情况；④药物因素（应用阿托品、肾上腺素、氨茶碱等药物）。

（四）心源性水肿

心源性水肿是由于心功能不全引起的体循环静脉淤血，使机体组织间隙液体潴留过多，多见于右心功能不全。

1. 特点　①从身体下垂部位开始，渐延及全身。长期卧床的病人水肿常发生在腰背、骶尾及会阴部，重者可出现胸腔积液、腹水；②水肿发展较缓慢，坚实而移动性小；③休息后或晨起减轻，活动后及下午加重。

2. 护理要点

（1）观察病情：观察水肿程度、尿量和体重变化，记录 24h 出入液量。

（2）饮食护理：给予低盐、高蛋白、易消化饮食。限制液体摄入量，每日进液量为前一日尿量加上 500mL。

（3）休息与体位：嘱患者多卧床休息，下肢抬高，伴胸腔积液或腹腔积液的患者宜采取半卧位。

（4）用药护理：遵医嘱使用利尿药，注意药物的不良反应，定期监测血清电解质变化。

（5）皮肤护理：注意保持皮肤、床单的清洁干燥；注意无菌操作。

（五）心源性晕厥

心源性晕厥是由于心排血量突然减少、中断引起一过性脑缺血、缺氧导致的短暂、可逆性意识丧失。常见原因有：严重心律失常（尤其是缓慢型心律失常）、主动脉瓣狭窄、急性心肌梗死引起急性心源性脑缺血综合征、高血压脑病等。

二、慢性心力衰竭

（一）定义

慢性心力衰竭又称充血性心力衰竭，是指在有适量静脉血回流的情况下，由于心肌收缩力减弱、心脏负荷过重或心室充盈受限，使心排血量不足以维持机体代谢需要的一组临床综合征。临床上以动脉系统缺血致组织血液灌注不足及肺循环和（或）体循环淤血为主要表现。

（二）基本病因

1. 心脏负荷过重

（1）心室的容量负荷（前负荷）过重：①左心室负荷过重（如主动脉关闭不全，二尖瓣关闭不全等）；②右心室负荷过重（如房间隔缺损等）。

（2）心室的压力负荷（后负荷）过重：①左心室负荷过重（如高血压，主动脉瓣狭窄等）；②右心室负荷过重（如肺动脉高压等）。

2. 原发性心肌损伤

（1）缺血性心肌损害：如心肌梗死，心肌缺血，弥漫性心肌损害等。

（2）心肌炎和心肌病：如病毒性心肌炎，原发性扩张型心肌病。

（3）心肌代谢障碍：如糖尿病性心肌病等。

（三）诱因

感染（其中上呼吸道感染最常见、最重要），心律失常，过度体力劳累或情绪激动，血容量增加，治疗不当，水、电解质紊乱等。

（四）分类

1．按部位可分为左心衰、右心衰和全心衰。

2．按功能不同可分为收缩性心衰和舒张性心衰。

（五）临床表现

1．左心衰（以肺循环淤血为主要表现）

（1）症状：①呼吸困难；②咳嗽、咳痰、咯血；③动脉系统缺血表现：乏力、疲倦、头昏、少尿。

（2）体征：左心室增大，心率加快，心尖部可闻及舒张期奔马律，两肺可闻及湿啰音。

2．右心衰（以体循环淤血为主要表现）

（1）症状：①消化道症状（右心衰的最常见症状）：腹胀、食欲减退、恶心、呕吐等。②肾脏表现：浮肿、尿少，夜尿增多。

（2）体征：①上腔静脉淤血：颈静脉怒张（右心衰主要体征）。②下腔静脉淤血：水肿（对称性、凹陷性和体位性即首先发生于下垂部位），肝脏肿大及压痛和肝颈静脉回流征阳性（右心衰的特征性体征），紫绀。

3．全心衰　同时有左心衰和右心衰的临床表现；因右心衰使右心排血量减少，导致肺循环淤血得以减轻，而紫绀反加重。

4．并发症　①呼吸道感染；②下肢静脉血栓形成（易并发肺栓塞）；③心源性肝硬化；④电解质紊乱。

（六）诊断要点

1．原有心、肺疾患病史。

2．肺循环或体循环淤血的症状和体征。

3．其他辅助检查（X 线、超声心动图、心电图等）指标。

（七）心功能分级（NYHA）

根据患者体力活动受限程度和临床症状将心功能状态分四级：

Ⅰ级（心功能代偿期）：体力活动不受限制，一般体力活动不出现乏力、心悸、呼吸困难等症状。

Ⅱ级（心衰Ⅰ度）：体力活动轻度受限，一般活动可引起乏力、心悸、呼吸困难等症状。

Ⅲ级（心衰Ⅱ度）：体力活动明显受限，轻度活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难等症状。

Ⅳ级（心衰Ⅲ度）：体力活动能力完全丧失，休息时也有心悸、呼吸困难等症状。

（八）治疗

1．治疗原则　①防治基本病因及诱因；②减轻心脏负荷；③增加心肌收缩力。

2．措施

（1）利尿剂：利尿剂可排出过多的体液，减轻周围组织和内脏的水肿，减少过多的血容量，减轻心脏前负荷，改善心功能。适用于左、右心力衰竭和急性肺水肿者。常用有①噻嗪类；以氢氯噻嗪为代表。②袢利尿剂；以呋塞米为代表。③保钾利尿剂；常用有螺内酯和氨苯蝶啶。

（2）血管扩张剂：①动脉型血管扩张剂：扩张小动脉，减轻心脏后负荷。以酚妥拉明、肼苯哒嗪、钙离子拮抗剂为代表；②静脉型血管扩张剂：扩张小静脉，使有效循环血量减少，降低回心血量，减轻前负荷。以硝酸甘油、消心痛为主。③动静脉血管扩张剂，以硝普钠和血管紧张素转化酶抑制剂为代表。

（3）强心剂

1）洋地黄类：适用于中、重度收缩性心衰，快速房颤等；禁用于Ⅱ度及Ⅲ度房室传导阻滞、病窦、肥厚性心肌病等。常用药有地高辛、毛花苷丙、毒毛花苷 K。洋地黄类药的最佳疗效指标为：①呼吸困难明显减轻；②尿量增多；③肺部啰音显著减少或消失；④肿大的肝脏缩小；⑤心率接近正常或已正常。洋地黄中毒的反应为：①消化道反应如食欲减退、恶心、呕吐等最早出现；②神经系统反应如头痛、头晕、乏力、黄视或绿视；③心脏毒性反应可出现各种心律失常，以室性期前收缩最常见，多表现为二联律。

2）其他正性肌力药物：如多巴酚丁胺、多巴胺、氨力农、米力农等。

（九）护理要点

1．指导患者避免各种诱发因素。

2．根据心功能，指导患者活动与休息。

3．给予低热量、低盐（Ⅰ度心衰每日氯化钠摄入量<5g，Ⅱ度心衰每日氯化钠摄入量<2.5g，Ⅲ度心衰每日氯化钠摄入量<1g，但在应用利尿剂时不必严格限制钠盐摄入）、低脂饮食。

4．遵医嘱用药，判断疗效及并发症监测。

5．防治并发症。

三、急性心力衰竭

（一）病因和发病机制

1．急性心肌弥漫性损害，导致心肌收缩无力，如急性前壁心梗、弥漫性心肌炎。

2．急性心脏排血受阻，如严重的二尖瓣狭窄、血压急剧升高等。

3．急性心脏容量负荷过重，如乳头肌功能不全、腱索断裂、瓣膜穿孔，以及过多过快输液。

4．严重的心律失常，尤其是快速性心律失常。

以上原因，均可使心排血量急剧下降，左心室舒张末压增高，肺静脉压、肺毛细血管压迅速升高，使血管内液体渗入到肺间质和肺泡内形成急性肺水肿，严重者可出现心源性休克。

（二）临床表现

1．起病急剧，突发严重呼吸困难，呼吸频率可达 30～40 次/分，端坐呼吸，面色灰白、口唇青紫、烦躁不安、大汗淋漓、频繁咳嗽、咳粉红色泡沫痰（特征性表现）。

2．体征：两肺满布干、湿啰音，血压下降，奔马律，速脉或交替脉。

（三）抢救原则

1．病因治疗。

2．取坐位，双腿下垂，减少静脉回流。

3．酒精湿化高流量（6～8L/min）给氧，纠正低氧血症。

4．减少回心血量，减轻肺淤血。（快速利尿、扩张血管）。

5．维持循环功能，预防和纠正休克。

6．其他：保持患者安静，注意营养，维持水电解质平衡，预防和控制感染。

四、高血压病

（一）定义

原发性高血压是以体循环动脉血压升高为主要临床表现伴或不伴有多种心血管危险因素的临床综合征。是最常见的心血管疾病。

（二）诊断标准

1．诊断

（1）在非同日连续测量 3 次血压，达到高血压标准者，并排除继发性高血压者，即可诊断。

（2）18 岁以上成年人高血压定义为：在未服抗高血压药物情况下，收缩压≥140 mmHg 和（或）舒张压≥90mmHg。

2．血压水平的定义和分类（见表 1-2-1）

表 1-2-1　血压水平的定义和分类

类　　别	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）	类　　别	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）
正常血压	<120	<80	2 级高血压（中度）	160～179	100～109
正常高值	120～139	80～89	3 级高血压（重度）	≥180	≥110
1 级高血压（轻度）	140～159	90～99	单纯收缩期高血压	≥140	<90

（三）危险度分层（见表 1-2-2）

表 1-2-2　危险度分层

心血管疾病的危险因素	血压（mmHg）		
	1 级 SBP 140～159 DBP　90～99	2 级 160～179 100～109	3 级 ≥180 或 ≥110
无危险因素	低危	中危	高危
1～2 个危险因素	中危	中危	极高危
≥3 个危险因素或靶器官损害或糖尿病	高危	高危	极高危
并存临床情况	极高危	极高危	极高危

心血管疾病的危险因素包括：吸烟；高脂血症；糖尿病；年龄 60 岁以上；男性或绝经后女性；心血管疾病家族史。靶器官损害包括：左心室肥大、心绞痛、心肌梗死等；短暂性脑缺血发作、缺血性脑卒中、脑出血等；蛋白尿、血肌酐升高等；周围动脉疾病，重度高血压性视网膜病变。

（四）临床表现

1．缓进型高血压

（1）起病缓慢，病程长，早期多无症状。

（2）安静时血压正常，劳累、紧张及活动后血压升高。

（3）自主神经紊乱表现：头晕、头痛、耳鸣、失眠、心悸、健忘、注意力不集中等。

（4）后期可出现心、脑、肾及眼底的并发症。

1）心：①高血压性心脏病（左室肥大，心功能不全）；②冠状动脉粥样硬化性心脏病。

2）脑：并发急性脑血管疾病。

3）肾：肾小动脉硬化，肾功能减退。

4）眼底：①眼底动脉痉挛、变细（Ⅰ级）。②动静脉交叉压迫现象（Ⅱ级）。③视网膜出血或絮状渗出（Ⅲ级）。④视神经乳头水肿（Ⅳ级）。

2．高血压急症　指血压在短期内急剧增高，并伴心、脑、肾功能损害的一种危急状态。按临床表现可分为以下几种情况：

（1）恶性高血压：①多见于青、中年，起病急剧、发展迅速；②舒张压持续在 130mmHg

以上；③伴心、脑、肾功能的急剧减退；④多死于尿毒症。

（2）高血压危象

1）定义：在高血压的基础上，由于全身小动脉暂时性强烈痉挛，致使血压急骤升高，导致心、脑、肾功能的急剧减退的临床病理生理综合征。

2）特点：①短期内血压显著升高；②前额部剧烈疼痛伴自主神经功能失调；③尿中儿茶酚胺增高伴血尿、蛋白尿，眼底出血或视神经乳头水肿。

（3）高血压脑病

1）定义：是指脑小动脉发生持久而严重的痉挛、脑循环发生急剧的障碍，导致脑水肿和颅内压升高而致中枢神经系统功能障碍的临床综合征。

2）特点：①以颅内压升高和中枢神经系统症状为主要表现；②发作短暂，历时数分钟至数日不等；③对降压治疗反应好。

（五）治疗

治疗目的是减少高血压患者心、脑血管病的发生率和死亡率。治疗原则为改善生活行为，应用降压药物将血压控制在目标值，控制心血管危险因素。

1．非药物治疗　①控制体重：减少热量摄入，增加体力活动，体重指数应<24kg/m^2；②饮食控制：主要包括限制钠盐的摄入，以每日不超 6g 为宜，减少脂肪摄入、多食蔬菜水果、摄入足量蛋白质、钾、钙和镁；③体育疗法：运动量适中，节奏缓慢，动作放松；④精神心理疗法；⑤戒烟，限酒（每日不超过 50g 乙醇）。

2．降压药物治疗

（1）利尿剂

1）适应证：适用于轻、中型高血压，老年人高血压，并发心衰的患者。

2）禁忌证：①伴糖尿病、高尿酸血症及肾功不全者慎用；②低钾、低氯血症禁用噻嗪类，高钾血症禁用保钾类利尿剂。

（2）β受体阻滞剂

1）适应证：适用于高肾素、高心排出量、心绞痛、嗜铬细胞瘤的高血压患者。

2）禁忌证：阻塞性肺疾患、心衰、心动过缓、房室传导阻滞、周围血管病变者。

（3）钙拮抗剂：对各期高血压患者均有效，尤其对中、重型和老年人高血压。

（4）血管紧张素转换酶抑制剂

1）适应证：适用于二、三期高血压患者，尤其适用于肾素活性增高或正常，伴左心肥厚、糖尿病、肾损害及并发心衰的患者。

2）禁忌证：梗阻型心脏病、高血压合并高血钾症或严重肾衰者、合并妊娠及肝病者。

（5）α受体阻断剂：适用于高脂血症或前列腺肥大者，对胰岛素抵抗者有较好的作用。

3．高血压急症的治疗　①快速降压（首选静脉滴注硝普钠）。②降低颅内压（可选用甘露醇、山梨醇、呋塞米）。③制止抽搐（可选用地西泮、苯巴比妥钠、水合氯醛）。④处理并发症。

（六）护理要点

1. 缓解头痛。

2. 遵医嘱应用降压药，监测药物的疗效及副作用。

3. 加强护理，避免受伤。

4. 减少压力，保持心理平衡。

（七）健康教育

1. 疾病知识指导　让患者了解自己的病情，了解控制血压的重要性和终身治疗的必要性。教会患者和家属正确测量血压的方法。每次就诊携带记录，作为医生调整药量或选择用药的依据。指导患者调整心态，避免激动。

2. 饮食护理　①限制钠盐摄入，每天应低于 6g。②保证充足的钾、钙摄入，多食绿色蔬菜、水果、豆类食物及虾皮、紫菜等含钙量高的食物。③减少脂肪摄入，补充适量蛋白质。④增加粗纤维食物摄入，预防便秘。⑤戒烟限酒。⑥控制体重，控制总热量摄入。

3. 合理安排运动量　注意劳逸结合，运动强度以不出现不适反应为度。

4. 指导患者正确服药　①强调长期药物治疗的重要性。②嘱患者必须遵医嘱用药。

5. 定期复诊　低危或中危者，可安排病人每 1～3 个月随诊一次；若为高危者，则应至少每 1 个月随诊一次。

五、冠状动脉粥样硬化性心脏病

（一）概述

1．定义　冠心病是指冠状动脉因粥样硬化或伴随痉挛所致的以心肌缺血为主的心脏病，又称为缺血性心脏病。

2．易患因素　高血压，高血脂，高血糖，高年龄，肥胖，吸烟，其他（性别、遗传、性格等）。

3．临床分型　隐匿型、心绞痛型、心肌梗死型、缺血性心肌病型、猝死型。

（二）心绞痛

1. 定义　是冠状动脉供血不足，心肌急剧而短暂的缺血缺氧所引起的临床综合征。

2. 临床特征

（1）症状

1）发作诱因：心绞痛的发作与体力劳动、情绪激动、饱餐等诱发因素有关。

2）疼痛部位：胸骨上、中段后方，可波及心前区，范围约手掌大小，并向左肩、左上肢内侧或颈、咽、下颌部放射。

3）疼痛性质：为紧缩性、压榨性疼痛，可伴窒息感，常被迫停止原有动作。

4）持续时间：多为 3～5min，一般不超过 15min。

5）缓解方式：休息和/或含服硝酸甘油后 1～3min 内缓解。

（2）体征：面色苍白、出冷汗、血压高、心率快、心前区第一心音减弱、出现奔马律。

3. 分型

（1）劳力性心绞痛：（发作与心肌需血需氧量增加有关）①稳定型；②初发型；③恶化型。

（2）自发性心绞痛：（发作与心肌需血需氧量增加无关）①卧位型；②变异型。

4. 治疗原则　改善冠状动脉供血，减少心肌耗氧量，预防动脉粥样硬化加重。

（三）急性心肌梗死

1. 定义　是指在冠状动脉粥样硬化的基础上，心肌发生急性严重而持久的缺血缺氧所致的心肌坏死。

2. 临床表现

（1）先兆症状：多为突然发病，部分患者可出现频发性不稳定型心绞痛。

（2）胸痛：为最早、最突出的症状。部位与性质和心绞痛相似，但程度加剧、时间可达数小时以上、且不易缓解。

（3）心律失常：以 24h 内最多见，为急性期死亡的主要原因。类型以室性心律失常最常见。

（4）低血压与休克。

（5）心力衰竭：以左心衰为主。

（6）全身表现：起病第二天可出现发热，体温在 37.5～38.5℃，持续一周；常伴消化道症状。

（7）体征：心浊音界扩大，第一心音减弱；可闻及房性奔马律及收缩晚期喀喇音；部分病人可出现心包摩擦音。

3. 诊断要点

（1）典型临床表现。

（2）特征性心电图改变：①病理性 Q 波（坏死区波形），②ST 段呈弓背向上型抬高（损伤区波形），③T 波倒置（缺血区波形）。

（3）血清酶改变：血清肌酸磷酸激酶同工酶（CK-MB）升高具有特异性。

上述三项中具备二项即可确诊。

4．治疗原则　尽快恢复心肌的血液灌注（到达医院后 30min 内开始溶栓或 90min 内开始介入治疗）以挽救濒死的心肌、防止梗死扩大或缩小心肌缺血范围，保护和维持心脏功能，及时处理严重心律失常、泵衰竭和各种并发症，防止猝死，使患者不但能渡过急性期，且康复后还能保持尽可能多的有功能的心肌。措施有：

1）监护和一般治疗：①急性期卧床休息 1～3 天。②监测心电图、血压、呼吸等。③吸氧。

2）解除疼痛：哌替啶肌内注射或吗啡皮下注射。

3）再灌注心肌：采用介入治疗或溶栓治疗或紧急主动脉-冠状动脉旁路移植术。

4）消除心律失常：室性心律失常首选利多卡因。

5）控制休克。

6）治疗急性心衰：可采取快速利尿、扩血管及强心治疗。但心肌梗死后 24～48h 内禁用洋地黄制剂，以免诱发严重心律失常。

7）其他治疗。

（四）健康教育

1. 改变生活方式　①合理膳食：宜摄入低热量、低脂、低胆固醇、低盐饮食，多食蔬菜、水果和粗纤维食物，避免暴饮暴食，注意少量多餐；②控制体重；③适当运动，运动方式应以有氧运动为主，注意强度和时间，必要时需在监测下进行；④戒烟；⑤减轻精神压力。

2. 避免诱发因素。

3. 病情自我监测指导。

4. 用药指导。

5. 定期复查。

六、风湿性心瓣膜病

（一）概述

风湿性心瓣膜病简称风心病，是指急性风湿性心肌炎之后遗留下来的以心瓣膜病变为主的心脏病。在风湿性心瓣膜病变的基础上，还可有风湿炎症反复发作，称为风湿活动。多见于 20～40 岁，女性多于男性，二尖瓣受累最常见，其次是主动脉瓣，三尖瓣和肺动脉瓣受累较少。

（二）常见类型及临床特征

1．二尖瓣狭窄（最为常见）

（1）症状：肺循环淤血及动脉系统缺血表现（呼吸困难，咳嗽，咯血，心悸，胸痛）。

（2）体征

1）视诊：二尖瓣面容。

2）触诊：心尖部可触及舒张期震颤。

3）叩诊：胸骨左缘第 2、3 肋间心浊音界向左扩大。心浊音界呈“ 梨形 ”。

4）听诊：①心尖区可闻及局限性舒张期隆隆样杂音；②心尖部第一心音亢进，呈拍击样，在心尖区内上方可闻及开瓣音（示二尖瓣弹性较好）；③肺动脉瓣区第二心音亢进、分裂；④可闻及 Graham-Steel 杂音；⑤可出现右心衰的相应体征。

2．二尖瓣关闭不全

（1）症状：动脉系统缺血表现（疲倦、乏力、心悸及劳累后呼吸困难）；后期出现左心衰表现。

（2）体征

1）视诊：心尖搏动向左下移位、范围弥散。

2）触诊：可扪及抬举性心尖搏动。

3）叩诊：心浊音界向左下移位。

4）听诊：①心尖部可闻及≥3/6 级收缩期吹风样杂音，向左腋下传导；②心尖部第一心音减弱或消失；③肺动脉瓣区第二心音分裂。

3．主动脉瓣关闭不全

（1）症状：心悸及头颈部搏动感；晚期可分别出现左心衰和右心衰。

（2）体征

1）视诊：颈动脉搏动明显。

2）触诊：心尖搏动向左下移位、范围弥散，呈抬举感。

3）叩诊：心浊音界向左下移位。心浊音界呈“靴形”。

4）听诊：①胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及舒张期叹息样杂音，向心尖部传导；②主动脉瓣第二音减弱或消失；③部分患者在心尖部可闻及 Austin-Flint 杂音；④可出现周围血管征（水冲脉；毛细血管搏动征；枪击音）。

4．主动脉瓣狭窄

（1）症状：动脉系统严重缺血表现（疲乏、活动后呼吸困难、眩晕、昏厥及心绞痛，甚至发生猝死）。

（2）体征：①胸骨右缘第二肋间可闻及响亮粗糙的收缩期杂音，向右侧颈部传导，并伴收缩期震颤；②主动脉瓣区第二心音减弱或消失，有时可听到第二心音分裂；③收缩压降低、脉压变小、脉搏细弱。

5．联合瓣膜病变　风心病同时伴有两个或两个以上瓣膜损害时，称联合瓣膜病变；临床上最常见的是二尖瓣狭窄伴主动脉瓣关闭不全。

（三）并发症

1．充血性心力衰竭（是风心病最主要的死因）。

2．心律失常（以房颤最为多见，主要见于晚期二尖瓣狭窄）。

3．栓塞（最常见于二尖瓣狭窄伴房颤患者，可栓塞脑、肾、脾、肠系膜、四肢，其中以脑栓塞最常见）。

4．亚急性感染性心内膜炎（多见于二尖瓣关闭不全和主动脉瓣关闭不全患者）。

5．肺部感染（长期肺淤血所致）。

（四）治疗要点

1．内科治疗的重点是防止风湿活动，保护和改善心功能，防治各种并发症。

2．风湿性心瓣膜病某些类型可施行介入治疗和手术治疗。

3．预防风湿性心瓣膜病的关键在于积极防治风湿热。而风湿热发生又与溶血性链球菌感染关系密切，因此，对溶血性链球菌感染引起的咽炎、扁桃体炎、猩红热等需及时应用抗生素。如有风湿热发生，则应积极抗风湿治疗。

七、感染性心内膜炎

（一）概述

感染性心内膜炎是微生物感染所致的心内膜和邻近的大动脉内膜炎症，其特征是赘生物形成。赘生物为大小不等、形状不一的血小板和纤维素团块，内含大量微生物和少量炎症细胞。心瓣膜最常受累。其特征表现为发热、心脏杂音、脾大、周围血管栓塞、血细菌培养阳性等。根据病程分为急性和亚急性两种，临床以亚急性感染性心内膜炎多见。

（二）病因

1. 基础病变　以心瓣膜病和先天性心脏病多见。其中风湿性心脏病占 60%～80%，以主动脉瓣关闭不全和二尖瓣关闭不全最常见。先天性心脏病约占 10%，主要见于室间隔缺损、动脉导管未闭等。

2. 病原微生物　急性感染性心内膜炎主要由金黄色葡萄球菌引起，少数由肺炎球菌、淋球菌、A 族链球菌和流感杆菌等所致。亚急性感染性心内膜炎以草绿色链球菌最常见，其次为肠球菌。

3. 侵入途径　当上呼吸道感染或实施拔牙、扁桃体摘除、导尿、内镜检查、刮宫、人工流产、痔疮手术等手术操作时，病原体从黏膜或伤口进入血液；心血管疾病的创伤性检查、血液透析等，亦是病原体侵入途径。

（三）临床表现

1. 全身感染表现　发热是早期最常见的症状，可有弛张热。急性者有高热、寒战、呼吸急促等败血症表现，亚急性者起病隐匿，体温一般不超过 39℃，午后和晚上高热。可有全身不适、乏力、食欲减退和体重减轻等非特异性症状。常伴有头痛、背痛和肌肉关节痛。

2. 心脏受累表现　80%～85%的患者有病理性杂音，杂音强度和性质易改变为本病特征性表现。急性者常突发心力衰竭。

3. 周围体征　由微血管炎或微栓塞引起。包括①瘀点：最常见，可出现于任何部位，以锁骨以上皮肤、口腔黏膜、睑结膜常见。②Roth 斑：视网膜的卵圆形出血斑，其中心呈白色，多见于亚急性者。③指（趾）甲下线状出血。④Osler 结节：在指和趾垫出现的豌豆大的红或紫色痛性结节，较常见于亚急性者。⑤Janeway 损害：手掌、足底处直径 1～4 mm 的无痛性出血红斑，主要见于急性患者。

4. 栓塞　赘生物脱落引起动脉栓塞，可发生在机体的任何部位，脑、心、脾、肾、肠系膜和四肢是临床常见的动脉栓塞部位。其中以脑栓塞最常见。有左向右分流的先天性心脏病者，肺栓塞常见。

5. 感染的非特异性表现　贫血、脾大等，部分患者可见杵状指（趾）。

6. 并发症　心力衰竭是最常见并发症，也是本病最常见致死原因；还可出现细菌性动脉瘤、迁移性脓肿和肾脏损害。

（四）常用检查

1. 血培养　是诊断感染性心内膜炎的最重要方法。

2. 尿液检查　可有镜下血尿和轻度蛋白尿，肉眼血尿提示肾梗死。

3. 血常规检查　进行性贫血较常见，白细胞计数正常或轻度升高、明显核左移。红细胞沉降率增快。

4. 超声心动图检查　如发现赘生物、瓣周并发症等支持心内膜炎的证据，可帮助明确诊断。经胸超声可诊断出 50%～75%的赘生物，经食管超声可检出＜5mm 的赘生物，敏感性高达 95%以上。

（五）治疗要点

抗微生物药物治疗为主要治疗方法。用药原则为早期、大剂量、长疗程、以静脉给药为主。亚急性者首选青霉素，青霉素过敏者可用头孢曲松。可根据药物敏感试验结果指导用药，疗程至少 6～8 周。出现严重的心内并发症或抗生素治疗无效者考虑手术治疗。

八、心肌疾病

心肌疾病是指除冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压性心脏病、心脏瓣膜病、肺源性心脏病和先天性心血管病以外的以心肌病变为主要表现的一组疾病。

（一）原发性心肌病

原发性心肌病是指原因不明的心肌疾病，主要包括：①扩张型心肌病；②肥厚型心肌病；③限制型心肌病。

1. 扩张型心肌病是以心腔扩大、心肌收缩功能障碍为主要表现的心肌病，常伴充血性心力衰竭和心律失常。

2. 肥厚型心肌病是以心肌非对称性肥厚（尤其是室间隔肥厚）、心腔变小为特征，以左心室充盈受阻、舒张期顺应性下降为基本病变的原因不明的心肌病。又分为梗阻性肥厚型和非梗阻性肥厚型心肌病。常为青年猝死的原因。

（二）病毒性心肌炎

1．病因　以柯萨奇病毒最常见。

2．临床特点　①起病前 1～3 周有上呼吸道或消化道病毒感染史；②低热、乏力、心悸、胸闷等非特异性症状；③心脏扩大，心率增快与体温不相称，心音低钝，重者可出现舒张早期奔马律；④心肌酶学活性增高，心电图示心肌缺血性改变及各种心律失常。

3．诊断标准　①病史及表现；②血清心肌酶升高；③心电图检查有缺血改变和各种心律失常；④X 线检查病变重者心影扩大，搏动减弱。⑤病毒学检查：血清病毒中和抗体阳性及血中检出病毒 RNA，有助于病因诊断。⑥心内膜心肌活检：对本病的诊断和预后判断有较大价值。

4．治疗要点

（1）减轻心脏负荷：轻症患者卧床休息半月，3 个月内不参加体力活动。重症患者卧床休息１个月，半年内不参加体力活动。饮食应易消化、富含蛋白质和维生素。

（2）抗病毒治疗：可用α-干扰素和黄芪。

（3）改善心肌营养与代谢、保护心肌：可用 ATP、辅酶 A、辅酶 Q_{10}、维生素 C，维生素 B_1 及 B_{12} 等。极化液（10%葡萄糖 500mL、10%氯化钾 10～15mL、普通胰岛素 8～12U）静脉滴注，每天 1 次，10～14 天为一疗程，有助于心肌恢复。

（4）糖皮质激素应用。

（5）对症治疗

九、心律失常

心律失常是指心脏冲动起源部位、频率、节律、传导速度与次序的异常。

（一）分类

1．按发生机制分为：

（1）冲动起源异常

1）窦性心律失常：①窦性心动过速；②窦性心动过缓；③窦性心律不齐；④窦性停搏。

2）异位心律：①主动性异位心律：过早搏动（房性、交界区性、室性）；阵发性心动过速（室上性、室性）；扑动与颤动（心房、心室）。②被动性异位心律：逸搏（房性、交界区性、室性）；逸搏性心律（房性、交界区性、室性）。

（2）冲动传导异常

1）生理性：干扰与脱节。

2）病理性：窦房传导阻滞；房内传导阻滞；房室传导阻滞；室内传导阻滞（左束支、右束支）；房室间传导途径异常（预激症候群）。

2．按心率快慢分为快速型心律失常和缓慢型心律失常。

（二）期前收缩

1．概念　窦房结以外的异位起搏点过早发出冲动，引起心脏提前搏动称为期前收缩，又称为早搏，是临床上常见的心律失常。

2．分类　根据异位起搏点位置的不同分为房性、交界性、室性期前收缩三种。

3．心电图特征

（1）房性期前收缩：①提前出现的 P ’ 波；②P ’ -R 间期>0.12s；③代偿间歇不完全。

（2）交界性期前收缩：①提前出现的 QRS 波，形态正常；②其前可无 P 波；如有即属逆行 P 波，可位于 QRS 波之前（P-R 间期<0.12s），或位于 QRS 波之后（R-P 间期<0.12s）。

（3）室性期前收缩：①提前出现的、宽大畸形的 QRS 波群，时限≥0.12s；②QRS 波前无 P 波，T 波与 QRS 主波方向相反；③代偿间歇多完全。

4．治疗要点　去除病因和诱因；偶发者无须治疗，频发室早首选利多卡因。

（三）阵发性心动过速

1．概念　是一种阵发性快速而规律的异位心律，由 3 个或以上连续发生的期前收缩形成。

2．分类　根据异位起搏点位置的不同分为室上性、室性两种。

3．心电图特点

（1）阵发性室上性心动过速：①连续出现≥3 次房性（或交界区性）早搏；②HR：160～220 次/分；③R-R 间期绝对规则。

（2）阵发性室性心动过速：①连续出现≥3 次室性早搏；②HR：140～200 次/分；③R-R 间期略不规则。

4．治疗

（1）阵发性室上性心动过速：①刺激迷走神经；②药物治疗。

（2）阵发性室性心动过速：①药物治疗（首选利多卡因）；②同步直流电复律。

（四）颤动

1．心房颤动

（1）概念：是指由于心房内多处异位起搏点发出极快而不规则的冲动，使心房肌纤维出现快而不规则乱颤，也称心房纤颤。

（2）听诊特点：心律绝对不齐、心音强弱不等及脉搏短绌；

（3）心电图特征：P 波消失，代之以大小不等、形态不一、间距不均的 f 波，频率为 350～600 次/分；R-R 间期绝对不等；QRS 波和 T 波呈室上性。

（4）治疗原则　减慢心室率，酌情恢复窦性心律；预防复发并进行病因治疗。

2．心室颤动

（1）表现：病人突然意识丧失、抽搐、心音消失、脉搏触不到、血压测不出，继之呼吸暂停。

（2）心电图特征：P-QRS-T 波群消失，代之以形态、振幅均明显不规则的波动，频率 150～300 次/分。

（3）治疗　一旦诊断，应立即叩击心前区，进行胸外按压和人工呼吸。有条件者首选非同步电复律。

（五）房室传导阻滞

1．概念及分度　房室传导阻滞是指窦房结的冲动在房室传导过程中，被延长或被阻滞。根据阻滞的程度，可分为一度、二度、三度房室传导阻滞，二度房室传导阻滞又可分为Ⅰ型和Ⅱ型。

2．心电图特征

1）一度房室传导阻滞：每个 P 波后均有 QRS 波，P-R 间期延长>0.20s。

2）二度房室传导阻滞：①二度Ⅰ型（文氏现象）：P-R 间期逐渐延长，直至脱落一个 QRS 波，如此周而复始。②二度Ⅱ型：P-R 间期固定不变，出现固定性 QRS 波脱落。

3）三度房室传导阻滞：P 波与 QRS 波群各自独立，互不相关，呈完全性房室分离；心房率大于心室率。

3．治疗原则　①生理性无须治疗；②病因治疗；③增快心率治疗；④人工心脏起搏治疗。

（六）心脏电复律

1．目的　短时间内经胸壁或直接向心脏发出高压电流，使所有心肌纤维瞬间同时除极，以消除异位心律，转复为窦性心律，又称为电除颤。

2．分类　分为同步和非同步两种,同步电复律用于转复心室颤动以外的各类快速异位心律失常，如心房扑动、心房颤动、室上性或室性心动过速等。非同步电复律仅用于转复心室颤动。

3．操作方法及护理

（1）术前准备：除颤器、心电示波器及连接线路、抢救车、各种抢救药物（如抗心律失常药物等）、气管插管、呼吸机、氧气管、临时起搏器等。除颤器充电备用。向患者介绍电复律的意义及必要性，以取得合作。清洁电击处的皮肤，排除大小便。

（2）电复律操作

1）患者仰卧于硬板床上，取下假牙，松解衣扣与裤带，开放静脉。

2）连接心电示波器，记录常规心电图。

3）清醒患者给予静脉注射地西泮 15～30mg，达到患者睫毛反射开始消失的深度。

4）两电极板上涂满导电糊，或包以生理盐水浸泡的纱布，分别置于胸骨右缘第 2～3 肋间和心尖部。

5）按下同步或非同步按钮，同步电复律时，大多充电 150～200J；非同步时，充电 300～350J。

6）当患者躯干和四肢抽动一下后，立刻移去电极。

7）观察心电示波，如仍未恢复窦性心律，间隔 3～5min 后，可酌情重复上述过程。

（4）术后护理

1）绝对卧床休息 24h。

2）每半小时记录心电监护仪上的心率、心律，并测血压。共重复上述过程 6 次。监护时间至少 24h。

3）按医嘱给予抗心律失常药物，并观察反应。

4）观察电击局部皮肤有无损伤，并给予处理。

5）注意是否有动脉栓塞、肺水肿等并发症发生。

6）患者清醒后给予安慰和帮助。

7）处理用物，擦净电极板、整理电源线、地线等，并放回原处备用。除颤器保持充电备用状态。

第三章　消化系统疾病

复习要求

1. 熟悉消化系统疾病常见症状、体征的概念、原因及护理要点。

2. 了解慢性胃炎的病因和分类；掌握慢性胃炎的临床表现、治疗措施、护理要点与健康教育。

3. 熟悉消化性溃疡的病因和发病机制；掌握消化性溃疡的概念、疼痛特点、并发症、治疗原则和护理要点；熟悉消化性溃疡患者的健康教育。

4. 熟悉肝硬化的病因；掌握肝硬化的临床表现、并发症、治疗原则和护理要点；熟悉肝硬化患者的健康教育。

5. 了解肝性脑病的病因及发病机制；掌握肝性脑病的概念、临床表现、治疗原则和护理要点。

6. 熟悉急性胰腺炎的病因；熟悉急性胰腺炎的常用检查；掌握急性胰腺炎的概念、分类、临床表现、治疗原则和护理要点。

7. 熟悉上消化道出血的概念、病因及临床表现；掌握急性上消化道大出血的抢救措施及病情观察。

8. 了解溃疡性结肠炎的病因，熟悉其临床表现及治疗要点。

9. 了解腹腔穿刺术的目的、方法，熟悉腹腔穿刺术的操作配合和护理措施。熟悉三腔两囊管压迫止血的护理。

复习内容

一、消化系统疾病常见症状、体征

（一）腹痛

1．分类和原因

（1）急性腹痛：常见于①腹腔脏器的急性炎症；②急性胃、肠穿孔引起的弥漫性腹膜炎；③空腔脏器梗阻或扩张；④腹腔脏器破裂。

（2）慢性腹痛：常见于①腹腔脏器的慢性炎症及溃疡；②恶性肿瘤；③肠道寄生虫病；④胃肠神经官能症。

2．腹痛的特点　隐痛、钝痛提示多为慢性病变；锐痛、绞痛多为急性病变。阵发性绞痛，常见于空腔脏器梗阻；持续性疼痛常见于腹腔脏器炎症、出血、肿大等。

（二）腹泻

腹泻是指排便次数增多，粪质稀薄或有黏液、脓、血相夹杂者。

1．分类和原因

（1）急性腹泻：常见于：①细菌性和非细菌性食物中毒。②急性传染病。③饮食不当。④肠道变态反应。

（2）慢性腹泻：常见于胃、肠、胰腺、肝胆慢性疾病及消化系统恶性肿瘤。

2．腹泻的特点　急性腹泻排便次数可达每天 10 次以上，易引起水、电解质紊乱及酸碱平衡失调。慢性腹泻是指腹泻反复发作，病程超过 2 个月者。常导致营养缺乏、贫血、水肿。进食后不久即腹泻，水样或粥样稀便，可能为食物中毒、肠道变态反应引起。粪便中含黏液、脓、血，可由炎症、癌症引起。腹泻伴腹痛，便后腹痛缓解，提示结肠病变；便后腹痛不能缓解，提示小肠病变。腹泻伴里急后重，提示直肠病变。

（三）恶心与呕吐

恶心是一种欲吐的感觉，伴上腹特殊不适感，常为呕吐先兆，也可单独发生。呕吐是指胃内容物或部分肠内容物通过食管逆流入口腔的反射性动作。

1．分类和原因

（1）中枢性呕吐：常见于①颅内压增高，如脑炎、脑出血等。②前庭神经功能障碍，如内耳眩晕症、晕动病等。③其他，如妊娠反应、尿毒症、低钾与低钠血症、代谢性酸中毒及某些药物也可引起。

（2）周围性呕吐：常见于消化系统疾病：①胃源性呕吐，如胃炎、胃癌、幽门梗阻等。②反射性呕吐，如腹腔脏器急性炎症、穿孔、梗阻等。

2．特点　胃源性呕吐常先恶心，后呕吐，吐后病人感到轻松，而反射性呕吐也先有恶心，但吐后不轻松。颅内高压引起呕吐常无恶心先兆，且顽固，呈喷射性。食物中毒引起者常有进不洁食物史。进食 6～8h 后发生呕吐，吐出大量带有酸腐味的宿食，提示幽门梗阻。呕吐物带有粪臭味，提示小肠梗阻。呕吐伴剧烈腹痛，可能为胆石症、胰腺炎、阑尾炎、肠梗阻等所致。伴腹泻者可能为急性胃肠炎。

（四）呕血与便血

上消化道出血经口腔呕出，称为呕血。消化道出血经肛门排出，称为便血。

1．呕血　常见原因有：①食管疾病，如食管癌。②胃、十二指肠疾病，如消化性溃疡（最常见）、急性糜烂性胃炎、胃癌等。③肝脏疾病，如肝硬化门脉高压致食管下段和胃底静脉曲张破裂。④胆道和胰腺疾病，如胆道炎症、癌症等。

2．便血　常见原因有：①能引起上消化道出血的疾病。②下消化道疾病。

呕血与黑便是上消化道出血的直接表现。呕血必伴有黑便，黑便不一定有呕血。血液如在胃内停留时间较长，血液则成咖啡渣样；在肠道停留时间较长，则出现黑便。一般而言，回肠部位以下出血则多为鲜血便。

（五）腹膜刺激征

腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张统称为腹膜刺激征。常见于腹腔脏器感染、穿孔、梗阻及

损伤出血等。

二、慢性胃炎

（一）分类

依胃镜检查结果可分为：①慢性浅表性胃炎；②慢性萎缩性胃炎；依病变部位可分为胃体胃炎和胃窦胃炎。

（二）病因

幽门螺杆菌（Hp）感染是主要病因。

（三）临床表现

1．病程迁延、反复发作，多无明显症状。

2．部分患者有消化不良、上腹部饱胀不适，可伴反酸、嗳气、恶心、呕吐及食欲不振等症状。

3．萎缩性胃炎多伴贫血。

（四）诊断

无特异性病史和临床表现，确诊主要依赖胃镜检查和胃黏膜活检。

（五）治疗措施

1．消除病因及诱因。

2．抗幽门螺杆菌治疗。

3．保护胃黏膜。

4．对症治疗。

三、消化性溃疡

（一）概念

消化性溃疡是指发生于胃、十二指肠的慢性溃疡，因溃疡的形成与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关，故称为消化性溃疡。临床主要表现为慢性、周期性、节律性、上腹部疼痛。在临床上，十二指肠溃疡较胃溃疡多见，两者之比为 3∶1。

（二）病因及发病机制

胃、十二指肠黏膜损害因素增强和（或）保护因素削弱，是消化性溃疡发生的基本原理。①胃酸分泌增多（凡能刺激壁细胞分泌增强的因素，均可成为溃疡形成的直接和间接因素。）②神经-内分泌功能失调；③幽门螺杆菌（Hp）感染；④保护因素削弱；⑤饮食不当。胃溃疡的形成主要与保护因素削弱有关，十二指肠溃疡主要与损害因素过强有关。

（三）临床表现（主要特点为慢性、周期性、节律性、上腹部疼痛）

1．上腹痛

（1）慢性病程：有长期反复发作的特点，病程有数年、十余年或更长。

（2）部位：胃溃疡多位于剑突下正中或偏左，十二指肠溃疡常在上腹部偏右。

（3）性质和程度：呈轻度或中等度疼痛，可忍受，为饥饿样或烧灼样疼痛，也可为钝痛、胀痛或剧痛。

（4）节律性：十二指肠溃疡呈疼痛-进食-缓解；胃溃疡呈进食-疼痛-缓解。

（5）周期性发作：发作期与缓解期交替出现，每于秋末冬初易发病，随病情进展发作期渐延长，缓解期渐缩短。

2．其他症状　上腹饱胀、反酸、嗳气、恶心、呕吐等消化道症状；并伴自主神经功能紊乱表现。

（四）并发症

1．出血　①是上消化道出血的最常见原因；②是消化性溃疡的最常见并发症；③其特点为柏油样便、伴或不伴呕血，大出血后疼痛随之缓解，出血后可有低热，可出现肠源性氮质血症。

2．穿孔

（1）急性穿孔：①是最严重的并发症；②可出现急性腹膜炎体征和气腹症（肝浊音界消失，X 线示膈下游离气体）；③严重者可出现休克。

（2）慢性穿孔（也称穿透性溃疡）：①腹痛节律消失；②内科治疗无效。

（3）亚急性穿孔：可形成局限性腹膜炎。

3．幽门梗阻　①可分为功能性梗阻（炎性水肿和痉挛所致，属可逆性）和器质性梗阻（瘢痕收缩所致，为不可逆性）；②上腹饱胀不适，餐后加重，伴呕吐，呕吐物为酸酵宿食，吐后可暂时缓解；③消瘦，有震水音，可见胃型及胃蠕动波；④重症者可出现脱水、低钾、低氯性酸中毒。

4．癌变　可见于胃溃疡，年龄多在 45 岁以上，症状顽固，短期内有明显的消瘦或贫血，经 1 月严格内科治疗无效，粪便潜血试验持续阳性者应考虑。

（五）实验室及其他检查

1．大便潜血试验　阳性提示溃疡有活动性。

2．胃液分析　胃溃疡胃酸偏低，十二指肠溃疡胃酸偏高。

3．X 线钡餐检查　是诊断溃疡的常用方法。包括直接征象（龛影）和间接征象（痉挛性切迹、压痛、激惹现象和变形）。

4．胃镜检查和黏膜活检　是诊断溃疡的最优方法。

5．幽门螺杆菌检测　是消化性溃疡的常规检测项目。

（六）治疗要点

治疗原则为消除病因、控制症状、促进愈合、预防复发。

1．一般治疗　①心理治疗；②饮食治疗（定时、定量，避免粗糙、过冷、过热及刺激性

的食物）；③戒除烟酒。

2．药物治疗　①根除幽门螺杆菌治疗：以铋制剂为基础的三联方案和以质子泵抑制剂为基础的三联方案；②抑制胃酸分泌的药物治疗：包括质子泵抑制剂和 H_2 受体拮抗剂；③胃黏膜保护剂：硫糖铝，前列腺素制剂，胶体次枸橼酸铋（既有保护胃黏膜的作用又有杀幽门螺杆菌的作用，并可降低复发率）。

（七）护理要点

1．调理饮食　①饮食应富营养、易消化，面食为主；②少量多餐，定时进餐；③避免辛辣等食物及酒类、咖啡 、浓茶等刺激性饮料。

2．遵医嘱应用药物，并注意观察药物的疗效和副反应。

3．缓解疼痛。

4．心理疏导。

5．加强病情观察，防治并发症。

四、肝硬化

（一）概念

肝硬化是由一种或多种病因长期或反复作用于肝脏，造成肝脏弥漫性损害。其病理特点是肝细胞变性、坏死、再生和结缔组织增生，导致肝小叶结构破坏和假小叶形成。本病以肝功能减退和门静脉高压为主要表现，晚期常出现肝性脑病等严重并发症。

（二）病因

在我国最主要的原因是病毒性肝炎。另外，慢性乙醇中毒、血吸虫病 、药物或化学毒物、循环障碍、慢性肠道感染、长期胆道阻塞造成肝内胆汁淤积、营养失调及代谢障碍等，都可能成为肝硬化的直接原因或间接原因。

（三）临床表现

1．肝功能代偿期　①症状轻、缺乏特异性；②乏力、食欲不振出现较早；③体检：肝、脾轻、中度肿大，肝功能多正常。

2．肝功能失代偿期

（1）肝功能减退。

1）全身症状：①营养状况较差（如消瘦、乏力、精神不振、皮肤干枯、面色灰暗、浮肿等）；②有维生素缺乏症（如夜盲、口角炎、舌炎、多发性神经炎等）的表现。

2）消化道症状：食欲减退、上腹部饱胀不适、恶心、呕吐、腹泻、黄疸等。

3）出血倾向和贫血：①出血（凝血因子合成减少，脾功能亢进）；②贫血（营养缺乏，胃肠失血及脾功能亢进）。

4）内分泌失调：①雌激素增多（肝掌、蜘蛛痣、性功能减退、月经失调）；醛固酮、抗利尿激素增多（对腹水的形成起重要作用）；②肾上腺皮质功能减退（面部及其他暴露部位皮肤色素沉着）。

5）黄疸：反复出现黄疸是预后不良的表现。

（2）门脉高压。

1）脾大、脾功能亢进（全血细胞减少）。

2）侧支循环形成：①食管下段和胃底静脉曲张（可发生上消化道大出血）；②腹壁和脐周静脉曲张；③痔静脉曲张（形成痔核发生便血）。

3）腹水：形成原因为①门静脉压力增高；②低白蛋白血症；③肝淋巴液生成过多；④抗利尿激素及继发性醛固酮增多；⑤有效循环血量不足。

（四）并发症

1．上消化道出血（为最常见并发症）。

2．感染（多为内源性感染）。

3．肝性脑病（是最严重的并发症和主要死因）。

4．原发性肝癌。

5．肝肾综合征　①定义：因大量腹水使循环血量锐减，致肾小球滤过率减少及血中有毒物质对肾脏毒性，导致肾功能衰竭；②其特征有少尿或无尿、氮质血症、稀释性低钠血症、低尿钠，但肾无器质性病变。

（五）诊断要点

①有病毒性肝炎、血吸虫病、长期酗酒或营养失调等病史；②肝脏功能减退和门静脉高压症的临床表现；③肝功能试验异常，B 超或 CT 检查符合肝硬化图像。

（六）治疗原则

①应除去肝硬化病因及发病始动因素，缓解和延长代偿期；②对失代偿期者主要是对症治疗，改善肝功能、治疗并发症。

（七）护理要点

1．休息　可减轻肝脏负荷，有助于肝细胞修复和消除水肿与腹水。

2．饮食　以高热量、高蛋白质、高维生素易消化的食物为宜。应选择优质蛋白质，以利于肝细胞修复。有水肿及腹水者，应限制水、钠摄入。进水量限制在每天 1000mL 左右，钠限制在每天 500～800mg（NaCl1.2～2.0g）。戒绝烟酒。忌食粗糙、坚硬及刺激性食物，以免诱发消化道出血。

3．避免使用一切损肝、损肾药物。

4．加强水肿和腹水的护理。

五、肝性脑病

（一）概念

肝性脑病又称为肝昏迷，是严重肝病引起的，以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的临床综合征，以意识障碍、行为失常和昏迷为主要临床表现。

（二）病因及发病机制

1．病因　以肝炎后肝硬化最常见。

2．发病机制　以血氨升高为主，血氨主要来自肠道，氨在结肠以 NH_3 弥散入肠黏膜内而被吸收，透过血脑屏障损害大脑；当肠腔内 pH>6 时，NH_3 大量弥散入血；pH<6 时，则 NH_4^+ 从血液中转至肠腔，随粪排出。此外，假神经递质学说；氨基酸不平衡学说；脂肪代谢异常以及电解质和酸碱平衡失调等均可引起。

3．诱因　①上消化道大出血；②大量排钾利尿、放腹水；③高蛋白饮食；④感染；⑤药物；⑥便秘等。

（三）临床分期及表现

Ⅰ期（前驱期）：有轻微的性格及行为异常。可有扑翼样震颤，脑电图正常。

Ⅱ期（昏迷前期）：以意识模糊、睡眠障碍和行为失常为突出表现。扑翼样震颤明显，脑电图异常。

Ⅲ期（昏睡期）：以昏睡和精神错乱为主。扑翼样震颤明显，脑电图明显异常。

Ⅳ期（昏迷期）：意识完全丧失，不能唤醒。扑翼样震颤引不出，脑电图明显异常。

（四）诊断

1．血氨测定　80%～90%的病人血氨升高。

2．脑电图　典型改变为节律变慢，出现每秒 4～7 次的θ波和每秒 1～3 次的δ波，昏迷期两侧同时出现对称的高波幅的δ波。

（五）治疗要点

采取综合措施。消除诱因是治疗肝性脑病的首要措施。减少肠内毒素的生成和吸收，应用降氨药以促进体内有毒物质的代谢消除，纠正氨基酸代谢紊乱，纠正水、电解质代谢失衡，防止脑水中和继发感染，防治休克和出血。

（六）护理要点

1．减少肠内毒物生成和吸收　①限制蛋白质摄入；②弱酸性溶液灌肠或导泻；③口服抗生素抑制细菌生长；④口服乳果糖使肠内呈酸性，从而减少氨的产生。

2．促进有害物质代谢清除　遵医嘱应用谷氨酸钾或谷氨酸钠、精氨酸。

3．输注支链氨基酸注射液，纠正氨基酸代谢紊乱。

4．避免各种诱因，防止病情加重。

5．防治并发症。

6．加强保护，避免受伤。

六、急性胰腺炎

（一）概述

急性胰腺炎是指胰腺分泌的消化酶引起胰腺组织自身消化所致的急性化学性炎症。临床

主要表现为急性上腹痛、发热、恶心、呕吐、血、尿淀粉酶增高，重症者伴腹膜炎、休克等并发症。

（二）病因、诱因

1．病因　以乙醇中毒和胆石症最常见，西方国家以乙醇中毒居多，我国则以胆石症引发胰腺炎为首位。

2．诱因　大量饮酒引发呕吐和暴饮暴食。

（三）临床特征

1．水肿型

（1）腹痛：①是本病的主要表现，多于暴饮暴食、高脂肪餐、或大量饮酒后突然发生；②疼痛性质多为持续性疼痛、阵发性加剧；③疼痛的部位与病变部位有关（如胰头部病变，疼痛在右上腹，向右肩、右腰部放射；胰尾部病变，疼痛在左上腹，向左肩、左腰部放射；整个胰腺受累时，疼痛在整个上腹部，向背部放射，呈束带状）；④弯腰抱膝可减轻疼痛，解痉药不易缓解。

（2）恶心、呕吐：呕吐频繁，吐后腹痛并不减轻，伴腹胀。

（3）发热：多为中度发热，一般持续 3～5 天自退。

（4）体检：体征表现较轻，症状与体征不符；预后良好，多在一周左右好转。

2．出血坏死型（除有水肿型的表现外，还有下述特征）

（1）休克：主要为低血容量型休克。

（2）腹膜炎、胸膜炎及中毒性肠麻痹：腹膜炎体征及腹水征，胸、腹水多呈血性，淀粉酶浓度显著升高。

（3）水、电解质及酸碱平衡紊乱：明显脱水及代谢性酸中毒，常伴低钾、低镁及低钙血症，当血钙低于 1.75mmol/L 时，提示预后不良。

（4）皮肤淤斑：部分患者脐周或两侧胁腹部的皮肤呈青紫色，是由于血性腹水渗至皮下所致。

（四）辅助检查及意义

1．血清淀粉酶测定　24h 内可明显升高，超过 500 苏氏单位具有诊断意义。

2．尿淀粉酶测定　对血淀粉酶正常的患者具有确诊意义。

3．血清脂肪酶测定　升高较晚，故使用于晚期病例。

4．血清正铁白蛋白测定　有助于胰腺炎的预后判断。

5．白细胞计数及分类　白细胞计数和中性粒细胞均显著升高。

6．X 线检查　腹部平片可见麻痹性肠梗阻，胸片可见胸腔积液、肺不张或肺炎等。

7．B 型超声波检查　可见胰腺炎的超声影像。

（五）诊断要点

1．有胆道疾病、酗酒、暴食暴饮等病史。

2．突发性剧烈持续性上腹痛，阵发性加剧伴恶心、呕吐及上腹压痛。

3．血清淀粉酶达 500 单位以上，尿淀粉酶达到 256 单位以上即可确定诊断。

（六）治疗要点

1．抑制胰腺分泌（是治疗本病的关键环节）　①禁食、水（水肿型短期禁食，肠麻痹、肠胀气明显或需手术者宜行胃肠减压）；②抗胆碱能药；③H_2 受体拮抗剂；④其他（如奥曲肽）。

2．解痉镇痛（吗啡不宜使用，因吗啡可引起 Oddi 括约肌痉挛，加重疼痛）。

3．抗感染（适用于胆道感染所致或出血坏死性胰腺炎）。

4．抗休克及纠正水电解质平衡失调。

5．胰酶抑制剂（如抑肽酶、爱普尔等）。

6．并发症处理。

七、急性上消化道出血

（一）概念

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠和胰、胆道病变引起的出血，以及胃空肠吻合术后的空肠病变的出血。上消化道大出血一般指在数小时内失血量超过 1000mL 或超过循环血容量的 20%，主要临床表现为呕血和（或）黑便，常伴有血容量减少，导致急性周围循环衰竭，严重者导致失血性休克，可危及病人生命，是常见的临床急症。

（二）常见病因

消化性溃疡，门脉高压，急性胃黏膜病变等。

（三）临床特点

1．呕血与黑便　是上消化道出血的特征性表现。

2．失血性周围循环衰竭。

3．发热　24 小时内出现（<38.5℃），3～5 天降至正常。

4．贫血与血象变化　急性出血为正常细胞正色素性贫血，网织红细胞升高，白细胞升高（脾亢者不高）。

5．氮质血症　与肠源性氮质吸收增多和肾小球滤过率降低有关。

（四）诊断要点

1．诊断确立依据　①呕血、黑粪；②失血性周围循环衰竭；③辅助检查；④排除消化道以外的出血因素。

2．出血量估计（见表 1-3-1）

表 1-3-1　出血量与临床表现的关系

出血程度	出血量（ml）	占全身血容量的%	血压（mmHg）	脉搏（次/分）	血红蛋白量（g/L）	临床症状
轻度出血	<500	10～15	基本正常	基本正常	（正常）	仅有头昏
中度出血	800～1000	20	血压偏低	100 左右	70～100	眩晕、心烦、少尿
重度出血	≥1500	>30	SBp<80	>120	<70	休克表现

3．出血是否停止的判断　有下述指标之一者示继续出血：①反复呕血或黑粪次数增多、变稀，伴肠鸣音亢进；②周围循环衰竭经充分补液仍未见明显改善；③红细胞计数、血红蛋白及红细胞压积继续下降；④补液与尿量足够的情况下血尿素氮持续或再次升高。

4．出血的病因诊断　①病因与体征；②胃镜检查；③X 线钡餐检查；④其他检查。

（五）急救措施

1．一般急救措施　①卧床休息；②保持安静；③活动性出血期间禁食；④吸氧。

2．积极补充血容量。

3．针对病因采取相应的止血措施。

八、溃疡性结肠炎

（一）概述

溃疡性结肠炎又称非特异性溃疡性结肠炎，是一种病因未明的直肠和结肠的炎症疾病。病变多数在直肠、乙状结肠，呈连续性非节段分布，可扩展至降结肠、横结肠。病理表现为大肠黏膜和黏膜下层有慢性炎症细胞浸润和多发性溃疡形成。临床特点是腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重。

（二）病因

一般认为，病原微生物或食物抗原作为促发因素作用于易感者，激发肠黏膜亢进的免疫炎症反应引起。另外，遗传在本病发病中占一定的地位。在机体应激和遭受严重精神创伤时可诱发本病。

（三）临床表现

起病多数缓慢，病程长，呈慢性经过，多表现为发作期与缓慢期交替。部分患者可因饮食失调、劳累、精神因素、感染等诱发或加重症状。本病呈慢性经过，可数年至十余年，常有发作期及缓解期交替出现。

1．消化系统表现　腹泻是最主要的症状，黏液或黏液脓血便是本病活动期的重要表现。腹痛，呈疼痛-便意-便后缓解的规律。可有胃部不适、上腹饱胀，食欲减退、恶心、呕吐等。

2．全身表现　可有发热、贫血、低蛋白血症、水和电解质平衡紊乱等表现。

3．肠外表现　在肠道症状出现前可有口腔黏膜溃疡、结节性红斑、关节炎、眼脉络膜炎等肠外表现。少数可有抑郁、失眠及自主神经功能失调等精神神经症状。

4．并发症　中毒性巨结肠、直肠结肠癌变、大出血、急性肠穿孔、肠梗阻等。

（四）常用检查

1．结肠镜检查　是本病最重要的诊断方法，镜下可见黏膜上有多发性浅溃疡；黏膜粗糙呈细颗粒状；假息肉形成。

2．粪便检查　目的是排除感染性结肠炎，是本病诊断的一个重要步骤。肉眼可见血、脓和黏液，显微镜检查可见多量红细胞和脓细胞，急性发作期可见巨噬细胞。

（五）治疗要点

治疗原则为控制急性发作，缓解病情，减少复发，防止并发症。首选柳氮磺胺吡啶，对氨基水杨酸制剂疗效不佳可选用糖皮质激素，对激素治疗无效或依赖者可选用免疫抑制剂，对内科不能控制的结肠大出血，并发中毒性巨结肠、癌变、肠梗阻、肠穿孔者需手术治疗。

九、腹腔穿刺术和三腔两囊管压迫止血

（一）腹腔穿刺术护理

1．目的　①检查腹腔积液的性质，协助病因诊断；②排除积液，缓解腹水所致的呼吸、循环压迫症状；③施行腹水回输术；④进行腹腔内注入药物治疗。

2．方法　①嘱患者排空膀胱，安置合适体位；②确定穿刺点；③局部消毒与麻醉；④穿刺、抽吸；⑤病情观察。

3．注意事项　①有肝性脑病先兆者禁忌穿刺；②穿刺抽液不宜过多过快（首次放液不超过 1000mL，再次不超过 3000mL）；③术中应严密观察患者反应。④随着腹水的流出，将腹带自上而下逐渐束紧，以防腹内压骤降而发生虚脱或休克。⑤术后嘱患者平卧休息 8～12h。

（二）双气囊三腔管应用的护理

1. 适应证　肝硬化所致食管下段和胃底静脉破裂出血。

2. 方法

（1）检查气囊是否漏气，管腔是否通畅，标记出 3 个腔的通道。

（2）抽尽囊内气体，三腔管前涂石蜡，插管。

（3）充气、牵引、固定。

（4）病情观察。

（5）拔管。

3. 注意事项

（1）充气时应先充胃囊，再充食管囊。向胃囊内注气 250～300mL，使胃囊内的压力维持 40～50mmHg；向食管囊内注气 100～150mL，食管囊内的压力为 30～40mmHg。

（2）将胃管连接胃肠负压吸引器。观察引流瓶中液体的颜色与性状，了解止血是否有效。

（3）三腔管放置 24h 后，食管囊应放气 15～30min，同时放松牵引，以防长时间压迫致黏膜坏死。让患者缓慢吞服甘油或石蜡油 5～10ml，以润滑气囊壁防止与食管粘连。

（4）三腔管压迫 2～3 天后若出血停止，可先放去食管囊内气体，并放松牵引，观察 12h 后仍无出血，放去胃囊气体后可拔管。拔管前宜吞服石蜡油 20～30ml，以防囊壁与黏膜粘连在拔管时造成损伤。

第四章　泌尿系统疾病

复习要求

1. 熟悉泌尿系统疾病常见症状、体征的概念、原因及护理要点。

2. 掌握慢性肾小球肾炎的临床表现、治疗原则和护理要点。

3. 掌握肾病综合征的概念、临床特点、治疗原则和护理要点；掌握糖皮质激素的应用。

4. 熟悉肾盂肾炎的病因、感染途径，掌握肾盂肾炎的临床表现、诊断依据、治疗原则和护理要点；熟悉肾盂肾炎患者的健康教育。

5. 熟悉慢性肾功能不全的病因、临床分期、诱因；掌握慢性肾功能衰竭的概念、临床表现及治疗要点。了解透析的并发症和护理要点。

复习内容

一、泌尿系统疾病常见症状、体征

（一）肾性水肿

肾性水肿是指肾脏疾病引起过多的液体积聚在组织间隙使组织肿胀。是肾小球疾病最常见的症状。可分为肾炎性和肾病性两种。特点是水肿首发在组织疏松部位，轻者仅于晨起时有眼睑与颜面水肿，后发展至足踝、下肢；重者可出现全身性水肿。严重时可出现胸腔积液、腹腔积液等。

（二）肾性高血压

肾性高血压是指由于肾脏疾病引起的动脉血压升高，是继发性高血压的一种。按解剖可分为肾实质性（常见）和肾血管性两类；按发生机制可分为容量依赖型（多见）和肾素依赖型两类。

（三）尿异常

尿异常分为尿量异常和尿质异常。尿量异常包括少尿或无尿、多尿及夜尿增多。尿质异常包括有蛋白尿、血尿、白细胞尿或脓尿、菌尿、管型尿。

1．尿量异常

正常人每天尿量为 1000～2000mL。每日尿量超过 2500mL 为多尿，每日尿量少于 400mL 称为少尿，少于 100mL 为无尿。病理性多尿见于糖尿病、尿崩症、慢性间质性肾炎、慢性肾盂肾炎和急性肾衰竭多尿期等。少尿或无尿依病因不同分肾前性少尿、肾性少尿、肾后性少尿 3 种。夜尿增多是指夜间 12h 尿量持续>750mL，见于肾盂肾炎及肾衰竭。

2．尿质异常

（1）蛋白尿：每日尿蛋白含量持续超过 150mg，蛋白质定性试验呈阳性反应，称为蛋白尿，病理性蛋白尿常见于肾实质病变如肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾结核、肾肿瘤等。

（2）血尿：新鲜尿沉渣每高倍视野红细胞超过 3 个为镜下血尿，1L 尿中含血液 1mL，尿外观呈血样或洗肉水样，称为肉眼血尿。血尿常见于急慢性肾炎、肾盂肾炎、肾结核、肾结石、泌尿系统肿瘤等。

（3）白细胞尿、脓尿、菌尿：新鲜尿沉渣每高倍视野白细胞超过 5 个为镜下脓尿。菌尿是指中段尿标本涂片镜检，若每个高倍视野均可见细菌，或中段尿培养菌落数≥10^5/mL。脓尿、菌尿常见于泌尿系统炎症，如肾盂肾炎、肾结核、膀胱炎、尿道炎、肾炎等。

（4）管型尿：管型是由蛋白质、细胞或其碎片在肾小管内凝聚而成的圆柱状体。正常人尿中偶见透明管型及颗粒管型。若 12h 尿沉渣计数管型超过 5000 个，或镜检出现其他类型管型时称为管型尿。白细胞管型是活动性肾盂肾炎的特征，红细胞管型则常见于急性肾小球肾炎，尿中出现蜡样管型说明肾小管病变严重，预后较差，见于慢性肾炎晚期、肾衰竭。

（四）膀胱刺激征

膀胱受到炎症或理化因素刺激时出现尿频、尿急、尿痛等症状，称膀胱刺激征。常见于泌尿系统感染、结石、肿瘤、尿道及前列腺炎。

二、慢性肾小球肾炎

（一）概述

慢性肾小球肾炎简称慢性肾炎，是由多种原因引起的原发于肾小球的免疫性疾病。病程超过 1 年或长达数 10 年，病变进展缓慢，最终将发展成为慢性肾衰竭。以青中年多见。

（二）临床特点

常以水肿或高血压为首发症状，蛋白尿为慢性肾炎必有的表现。后期出现贫血和肾功能损害。

（三）治疗原则

防止或延缓肾功能进行性减退，预防并发症，采用综合性治疗措施。

（四）护理要点

1．维持体液平衡　限制水钠摄入，按照“量出为入”的原则补液，钠的摄入每日不超过 3g；尿少时限制钾的摄入。

2．遵医嘱使用利尿剂、糖皮质激素、免疫抑制剂。并观察疗效及副作用。

3．合理营养　优质低蛋白低磷饮食是延缓慢性肾功能不全的重要措施，保证膳食中热量供给，以免引起负氮平衡。

4．防治感染。

5．控制血压　是延缓病情的关键。使血压降至 130/80mmHg 以下，并保持平稳。常用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）。

三、肾病综合征

（一）定义

肾病综合征是指各种肾脏疾病所致的大量蛋白尿（最基本的特征）、低蛋白血症、高度水肿和高脂血症为表现的一组临床症候群。

（二）分类

1．原发性肾病综合征：其病理分类包括①微小病变性肾病；②系膜增生性肾炎；③膜性肾病；④系膜毛细血管性肾炎；⑤局灶性节段性肾小球硬化症。

2．继发性肾病综合征：是指继发于全身性疾病或临床诊断原因不明的肾小球疾病。

（三）治疗要点

1．减少或消除尿蛋白（是改善肾病综合征的根本治疗）。

2．对症治疗（减少近期及长期合并症）。

3．保护肾功能、延缓肾功能损害。

（四）护理要点

1．严格限制水、钠摄入。

2．加强皮肤护理。

3．遵医嘱应用糖皮质激素　激素的应用原则为：①起始用量要足；②减量要慢；③维持治疗时间要长。注意监测药物的毒副作用。

4．防治栓塞、感染等并发症。

四、肾盂肾炎

肾盂肾炎是由细菌直接引起的肾盂、肾盏和肾实质的感染性炎症。多发于女性，尤以育龄妇女、女婴和老年妇女多见。男女之比为 1∶10。

（一）病因

①致病菌以大肠杆菌多见；②感染途径以上行感染最为常见；③易感条件：尿流不畅（是最主要的易感因素），尿路损伤，机体抵抗力降低。

（二）临床表现

1．急性肾盂肾炎

（1）全身表现：起病急骤，寒战高热，头痛乏力，伴明显的消化道症状。

（2）泌尿系统表现：有明显膀胱刺激征伴患侧腰痛，向会阴部放射；体检时上、中输尿管点、肋腰点有压痛，肾区叩击痛阳性。

（3）尿液改变：有脓尿及血尿。

2. 慢性肾盂肾炎分型

（1）隐匿型（也称为“ 无症状性菌尿 ”，是指患者无尿路感染的症状，但尿细菌学检查为

阳性）。

（2）慢性肾实质感染型：常有进行性肾小管功能减退。

（3）慢性泌尿道感染型：常多次急性发作，表现类似急性肾盂肾炎。

（三）辅助检查

1．尿常规　白细胞、红细胞增多，尤以白细胞尿最为常见；若有白细胞管型是肾盂肾炎的重要证据。

2．尿菌检查　尿菌计数革兰阴性杆菌>10^5/mL 或革兰阳性球菌>10^3/mL，具有诊断意义。

3．血常规　急性肾盂肾炎白细胞计数和中性粒细胞均明显升高；慢性肾盂肾炎可有轻度贫血。

4．肾功能实验　慢性肾盂肾炎可出现夜尿增多，酚红排泄率下降，尿浓缩功能减退。

5．其他　如 X 线检查、B 超检查和静脉肾盂造影等。

（四）诊断

1. 急性肾盂肾炎　①典型全身症状及泌尿系统表现；②辅助检查。

2. 慢性肾盂肾炎　急性肾盂肾炎持续存在或反复发作，病程超过半年以上，X 线有下列情况之一者：①肾盂肾盏有瘢痕形成；②肾外形凹凸不平，两肾不对称缩小；③经治疗仍有进行性肾功能减退；④经一年抗菌治疗，尿菌培养仍为阳性。

（五）治疗要点

1．急性肾盂肾炎　及时治疗，去除易患因素，坚持疗程。

2．慢性肾盂肾炎　矫治易患因素，合理选用抗菌药物，坚持有计划的系统治疗。

（六）护理要点

1．遵医嘱应用抗生素有效控制感染。

2．维持体温正常。

3．指导患者正确采集尿标本　①在应用抗生素之前或停药 5 天后留取尿标本；②宜取清晨第一次中段尿标本，在 1h 内作细菌培养；③可用 0.1%的新洁尔灭消毒外阴、包皮和尿道口。不可将粪便或其他分泌物、消毒液等混于尿标本中。④成年女性应避免月经与白带混入尿内。

（七）健康教育

1．卫生指导　注意个人卫生，勤洗澡、勤换衣，尤其注意会阴部和肛周卫生，每天清洁会阴部，特别是月经期应随时清洗；妊娠期、产褥期禁止盆浴；女婴应勤换尿布，大便后及时清洗，以免粪便污染尿路。

2．生活指导　多饮水、勤排尿（每 2h 排尿 1 次）、少憋尿。急性肾盂肾炎治愈后 1 年内避免妊娠。

3．用药指导　解释正规、彻底治疗的重要性与必要性，遵医嘱坚持治疗并定期复查，勿擅自换药、减量或过早停药，以防止复发或转变为慢性。

4．自我病情监测　急性期彻底治疗是防止炎症迁延成为慢性的关键，故治疗期间和停药

后的复查很重要。停药后每周复查尿常规和尿细菌培养 1 次，共 2～3 周，若均为阴性，方为临床治愈。

5．消除易患因素　避免劳累、感冒等诱因，解除尿路梗阻，纠正血糖，提高机体抵抗力，尽量减少导尿，若必须进行时，可用抗菌素预防。

五、慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭简称肾衰，是各种慢性肾脏病发展到后期，缓慢出现肾功能减退直至衰竭的临床综合征。临床特点是代谢产物潴留，水、电解质、酸碱平衡失调及部分内分泌功能失调所致的症状和体征。

（一）分期

1．肾功能不全代偿期　Ccr 70～50mL/min，Scr 正常，患者无症状。

2．肾功能不全失代偿期（氮质血症期）　是肾衰的早期。Ccr 50～25mL/min，Scr> 178μmol/Ｌ，可有轻度贫血、多尿和夜尿增多。

3．肾衰竭期　Ccr 25～10mL/min，Scr》445μmol/Ｌ，贫血明显，有消化道、代谢异常和电解质紊乱的症状。

4．尿毒症期　是肾衰的晚期。Ccr<10mL/min，Scr>707μmol/Ｌ，肾衰的临床表现和生化异常十分明显。

（二）病因、诱因

在我国最常见的病因是慢性肾小球肾炎，占 50%～60%。其次为慢性肾盂肾炎、糖尿病肾病、高血压肾病、多囊肾、梗阻性肾病等。

感染、血容量不足、肾毒性物质、尿路梗阻、高血压、心力衰竭、手术及创伤、水电解质平衡失调、高蛋白饮食等是引起肾功能不全的常见诱因。

（三）临床特征

1．蛋白质代谢产物潴留所产生的症状

（1）消化道症状（是最早最常见的症状）。

（2）精神、神经系统症状：有尿毒症性脑病和周围神经病变的临床表现。

（3）心血管系统表现：高血压、心衰和心律失常，晚期可出现尿毒症性心包炎；示预后不良。

（4）造血系统表现：贫血为必有症状（正常细胞性贫血），出血。

（5）呼吸系统表现：可出现尿毒症性支气管炎、肺炎、胸膜炎、急性肺水肿，呼吸深大。

（6）皮肤表现：呈尿毒症性面容，皮肤干燥、色素沉着、有尿素霜、皮肤瘙痒及抓痕。

2．水、电解质和酸碱平衡失调的表现　①脱水或水肿；②低钠或高钠血症；③低钾或高钾血症；④低钙和高磷血症；⑤高镁或低镁血症；⑥代谢性酸中毒。

（四）诊断

①肾脏疾病史；②典型尿毒症症状及体征；③实验室检查所见。

（五）防治原则

①消除诱因；②调整饮食，纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱；③对症治疗，控制高血压、防治心力衰竭、纠正贫血（使用铁剂及重组人红细胞生成素等）；④防治感染；⑤透析疗法；⑥肾移植。

（六）护理要点

1．合理休息　对病情较重，心功能衰竭及尿毒症的病人应绝对卧床休息，保持适当的床上及床旁活动，以防肢体血栓形成。

2．饮食护理　给予患者低盐（1～3g/d）、低脂、优质低蛋白（动物蛋白为主）、高钙、高铁、高维生素（以 B 族、E 族为好）、低磷饮食。终末期少尿患者应限制含钾食物摄入。有贫血者可补充铁剂、叶酸、维生素 B_{12} 及促红细胞生成素等加以纠正。

3．保护皮肤黏膜，防止感染。

4．指导尿标本采集。

5．做好透析的护理。

透析疗法是利用血液和透析液所含溶质的不同，使患者血中的代谢产物、尿素氮、肌酐、多余的水分、电解质等通过透析膜进入透析液而排出体外的治疗方法。透析疗法可分为血液透析、腹膜透析和结肠透析 3 种。以血液透析效果最好。

（1）血液透析的注意事项：①穿刺血管时要严格无菌操作；②调节机器控制系统，设定好各种报警阈值。③透析过程中严密观察患者的生命体征、血流量、透析液流量、温度等各项指标，准确记录透析时间、脱水量、肝素用量等，注意透析器的报警并及时排除故障。④预防和处理低血压（最常见）、失衡综合征、致热源反应、出血等并发症。

（2）腹膜透析的注意事项：①分离和连接各种管道时要注意严格消毒和无菌操作，仔细检查腹透液内有无杂质、沉淀、包装有无破损。②安置患者取半卧位或坐位，以利于腹透液集中于盆腔，便于虹吸。③透析液进入腹腔前要用干燥恒温箱干加热至 37℃（在水浴中加温易被污染）。④准确记录透析液进出量和时间。⑤保持引流通畅。⑥预防和处理腹膜炎（主要并发症）、引流不畅或腹膜透析管堵塞、腹痛及水、电解质紊乱等并发症。

第五章　血液及造血系统疾病

复习要求

1. 熟悉血液及造血系统疾病常见症状、体征的概念、分类、原因、表现及护理要点；熟悉贫血的治疗原则、出血及感染的预防措施。

2. 掌握缺铁性贫血的概念、病因、临床表现、诊断要点、治疗原则和护理要点。

3. 了解再生障碍性贫血的病因；熟悉其概念、临床表现、诊断要点、治疗原则及护理要点。

4. 了解白血病的概念、病因和分类；掌握急慢性白血病的临床表现、诊断要点、治疗要点和护理措施；了解造血干细胞移植的护理。

5. 熟悉血小板减少性紫癜的临床类型及特征、实验室检查特点、治疗原则和护理要点。

6. 了解骨髓穿刺术的目的、方法，掌握骨髓穿刺术的操作配合和护理措施。

复习内容

一、血液及造血系统疾病常见症状、体征

（一）贫血

贫血是指单位容积的外周血液中红细胞计数、血红蛋白浓度和红细胞压积低于正常参考值的最低值；其中以血红蛋白降低最为重要。

1．病因

（1）红细胞生成减少。

1）造血物质缺乏：如缺铁性贫血，巨幼细胞性贫血和维生素 B_6 反应性贫血。

2）骨髓造血功能障碍：如再生障碍性贫血，慢性系统性疾病伴发贫血等。

（2）红细胞破坏过多（即溶血性贫血）。

1）红细胞外因素：如免疫性溶血，理化因素所致溶血。

2）红细胞内因素：如海洋性贫血，镰刀状贫血，阵发性睡眠性血红蛋白尿等。

（3）失血（包括急性和慢性失血性贫血，后者是引起贫血的最常见原因）。

2．形态学分类

（1）大细胞性贫血：如巨幼细胞性贫血。

（2）正常细胞性贫血：如再生障碍性贫血，急性失血性贫血，溶血性贫血。

（3）小细胞低色素性贫血：如缺铁性贫血。

3．临床表现　以全身组织、器官缺氧为主要表现，其中脑组织对缺氧最敏感。

（1）皮肤黏膜：皮肤黏膜苍白是贫血最突出的症状。

（2）循环系统：中度贫血可有活动后心悸、气促、呼吸困难；重度贫血可引起心脏扩大、并发心衰，心率加快，脉压增宽；心电图示心肌缺血。

（3）中枢神经系统：常伴头晕、眼花、记忆力减退、注意力不集中、嗜睡等；倦怠、乏力是贫血最早和最常见的症状。

（4）消化系统：食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、腹泻或便秘。

（5）泌尿生殖系统：多尿、低比重尿、蛋白尿；月经失调和性功能减退。

4．贫血的诊断步骤　①有无贫血。②贫血的程度及类型。③明确贫血的病因。

5．治疗原则　①去除或纠正病因（是治疗贫血的首要原则）；②合理使用抗贫血药物；③其他治疗（如输血、脾脏切除、骨髓移植等）。

（二）出血

身体各部位自发性出血或轻微损伤即出血不止。主要是由血小板减少、血管脆性增加、血液中凝血因子缺乏及抗凝物质增加所致。常见疾病有特发性血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病、血友病等，出血部位可遍及全身，以皮肤、牙龈、鼻出血多见，内脏出血也较常见，严重者可发生颅内出血而致死。

1. 出血的预防

（1）保持床单平整，被褥衣服松软，避免皮肤摩擦和肢体受压。

（2）指导患者勿用手挖鼻孔和用力擤鼻。

（3）指导患者用软毛牙刷刷牙，忌用牙签剔牙，防止牙龈损伤。

（4）减少活动量，避免过度负重或创伤性运动。

（5）尽量避免人为的创伤，必须注射或穿刺时，应快速、准确，严格执行无菌操作，局部加压时间延长。

2．出血的护理

（1）协助止血。

（2）大出血时，应迅速建立静脉通路，配血并做好输血准备及输血的护理。

（3）颅内出血的护理：立即去枕平卧，头偏向一侧，头部置冰袋或冰帽；保持呼吸道通畅，随时吸出呕吐物或口腔分泌物；高流量吸氧；遵医嘱用药，降低颅内压；观察并记录患者的生命体征、意识状态及瞳孔大小。

（三）继发感染

血液及造血系统疾病患者继发感染的主要原因是由于白细胞质与量的改变，即成熟的粒细胞和淋巴细胞减少、白细胞的吞噬能力和免疫能力下降。多发生于再生障碍性贫血、白血病和淋巴瘤等患者。常见感染部位为口腔黏膜、咽峡、肛周黏膜、尿道及皮肤等。继发感染是再生障碍性贫血和白血病常见的死亡原因。

1．感染的预防及护理

（1）注意环境卫生，避免交叉感染，患者白细胞计数≤1×10^9/L、粒细胞绝对值≤0.5×10^9/L，应实行保护性隔离。

（2）保持口腔、皮肤、肛周清洁卫生。

（3）严格执行无菌操作：各项注射、穿刺、内置导管等，都应严格执行无菌操作。

（4）遵医嘱局部或全身使用抗生素，注意观察药物疗效及不良反应。

2．发热的护理

（1）观察体温变化及伴随症状。

（2）合理饮食，补充热量和水分的消耗。

（3）降温：高热患者可给予物理降温或遵医嘱药物降温，禁用酒精擦浴。

二、缺铁性贫血

（一）概念

缺铁性贫血是由于体内贮存铁缺乏，使血红蛋白合成减少所致的一种小细胞低色素性贫血，是贫血中最常见的类型。以育龄妇女和婴幼儿的发病率为最高。

（二）病因及发病机制

1．铁摄入不足　铁主要来源于食物，正常成人每天需铁量约 1～2mg，育龄妇女、婴幼儿、青少年的需铁量增加。

2．铁吸收障碍　铁吸收的主要部位在十二指肠和空肠上段；吸收的主要形式是二价的亚铁离子。

3．铁丢失过多　消化性溃疡、消化道肿瘤、食管胃底静脉曲张破裂出血、钩虫病、痔出血等是引起缺铁性贫血的常见病因，而女性则以月经过多常见。

（三）临床表现

1．原发病表现。

2．贫血本身的表现。

3．组织缺铁和含铁酶活性降低引起的症状　皮肤干燥，毛发干枯，指甲薄脆易裂；口腔炎、舌炎、胃炎；神经、精神系统症状。

（四）诊断要点

1．病史和表现。

2．血象　典型血象为小细胞低色素性贫血。血红蛋白降低比红细胞减少更明显。

3．骨髓象　骨髓增生活跃。骨髓铁粒幼细胞减少或消失，为缺铁的可靠诊断依据。

4．血清铁测定　血清铁降低，<8.95μmol/L（<500μg/L）。

5．血清总铁结合力测定　血清总铁结合力增高，通常>64.44μmol/L（>4500μg/L）。

6．血清转铁蛋白饱和度测定：转铁蛋白饱和度是指血清铁与总铁结合力的比值，缺铁性贫血时，转铁蛋白饱和度降低，常<15%。

7．血清铁蛋白测定：是反映缺铁的较灵敏指标，缺铁性贫血时，血清铁蛋白<14μg/L，该项检查也可用于人群铁缺乏症的筛检。

（五）治疗

1．病因治疗　是纠正缺铁性贫血、防止复发的关键措施。

2．铁剂治疗　以口服铁剂为首选。

3．辅助治疗。

（六）护理要点

1．合理营养　给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食，尤其应富含铁。含铁较丰富的有瘦肉、动物肝、蛋黄、鱼、豆类、紫菜、海带和木耳等；谷类、多数蔬菜、水果含铁较低；乳类含铁量最低。

2．遵医嘱补充铁剂　①向患者说明空腹时服用铁剂吸收较好，但有消化道疾病或有胃肠道反应者应于进餐时或餐后服用。②避免与牛奶、茶水同服，以免影响铁的吸收。③口服液体铁剂时须用吸管，避免将牙齿染黑。④口服铁剂期间，大便可呈黑色，属正常情况。⑤铁剂治疗有效的最早表现为自觉症状好转，最早的血象改变是网织红细胞上升，治疗 1 周左右，血红蛋白开始上升，8～10 周可达正常。

3．合理安排活动与休息。

（七）预防措施

1．积极预防和治疗各种导致缺铁性贫血的疾患。

2．重视营养知识教育及妇幼保健工作。

3．对婴幼儿、孕妇及哺乳期妇女搞好饮食保健。

三、再生障碍性贫血

（一）概念

再生障碍性贫血简称再障，是由多种原因引起的骨髓造血功能衰竭综合征。临床主要表现为进行性贫血、出血、感染及全血细胞减少。按病程及表现分为重型（急性）再障及非重型（慢性）再障。

（二）常见病因

1．原发性（占大多数，无明显原因可查）。

2．继发性　①化学因素（药物及化学物质，其中药物以氯霉素最为常见）；②物理因素（各种电离辐射）；③生物因素（病毒性肝炎较肯定）；④其他自身免疫因素，慢性肾衰等。

（三）临床表现

1．重型再障　①起病急，进展快，病情凶险；②出血、感染症状突出，贫血呈进行性加重；③多在起病一年内死亡。

2．慢性再障　①起病缓慢，病程长；②以贫血为主，出血、感染较轻；③治疗得当可长期缓解。

（四）实验室检查

1．血液　①全血细胞减少，尤以中性粒细胞减少为主；②网织红细胞绝对值减少。

2．骨髓　①骨髓增生明显减低或极度减低；②粒系、红系细胞明显减少，非造血细胞相对增多；③巨核细胞不易找到；④慢性再障可呈灶性增生。

（五）诊断要点

1．全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少。
2．一般无肝、脾、淋巴结肿大。
3．骨髓检查至少有部分增生不良（如增生活跃，须有巨核细胞减少）。
4．能除外引起全血细胞减少的其他疾病。
5．常用抗贫血药物治疗无效。

（六）治疗要点

及时去除病因，预防和控制感染、出血、贫血，改善症状，加强支持治疗。重型再障应尽早进行造血干细胞移植，非重型再障首选雄激素治疗。

（七）护理要点

1．指导患者加强休息和营养。
2．防治出血和感染。
3．遵医嘱应用雄激素、免疫抑制剂和细胞因子，并观察疗效和副作用。
4．造血干细胞移植的护理。

四、白血病

（一）概念

白血病是一类造血干细胞恶性克隆性疾病，克隆的白血病细胞停滞在细胞发育的不同阶段，白血病细胞大量增生，并浸润其他组织和器官，而正常造血受抑制。临床以进行性贫血、出血、感染和组织器官浸润，外周血中出现幼稚细胞为特征。

（二）白血病的分类

1．按病程分类　①急性白血病；②慢性白血病。
2．按外周血象分类　①白细胞增多性白血病；②白细胞不增多性白血病。
3．按细胞系列分类　①急性白血病：急性淋巴细胞白血病（L_1、L_2、L_3）；急性非淋巴细胞白血病（M_1、M_2、M_3、M_4、M_5、M_6、M_7）；②慢性白血病：慢性粒细胞白血病，慢性淋巴细胞白血病等；③特殊类型：浆细胞白血病等。

（三）临床特点

1．急性白血病　①起病急骤，常见于青少年；起病缓慢者多为老年人。②高热、贫血、显著出血倾向。③组织浸润表现（胸骨下段压痛，对急淋具有诊断意义）。
2．慢性粒细胞白血病　①多见于中老年人，起病缓慢。②早期多无自觉症状，仅有贫血和代谢亢进的表现。③脾大为其突出体征。④病程可持续 1～4 年，后期可出现急性变。

（四）血象及骨髓象

1．急性白血病

1）血象：①多为正常细胞性贫血；②血小板减少；③白细胞计数多为（20～50）$\times10^9$/L，少数在 3×10^9/ L 以下或高于 100×10^9/ L；④出现原始血细胞，多>30%。

2）骨髓象：①骨髓增生明显活跃或极度活跃；②以某一系列的原始细胞增生为主（>30%）；③红细胞及巨核细胞系均明显减少。

2．慢性粒细胞白血病

1）血象：①白细胞计数早期多在>50×10^9/ L，晚期可达 100×10^9/ L；②中性粒细胞显著增多，其中以晚幼粒和杆状核粒细胞为主，早幼和原始粒细胞<10%；③嗜酸、嗜碱性粒细胞绝对值增高。④晚期出现红细胞和血小板减少。

2）骨髓象：同外周血象。

（五）治疗要点

1．化疗　是主要的治疗措施。急性白血病化疗分诱导缓解和缓解后治疗两个阶段。急性淋巴细胞白血病常首选 VP 方案（V 长春新碱，P 泼尼松），另有 DVP 方案（D 柔红霉素）；急性非淋巴细胞白血病常首选 DA 方案（D 柔红霉素；A 阿糖胞苷），另有 HA 方案（H 高三尖杉酯碱，A 阿糖胞苷）；急性早幼粒细胞白血病采用全反式维甲酸口服。慢性粒细胞性白血病首选羟基脲，慢性淋巴细胞性白血病首选苯丁酸氮芥。

2．支持疗法。

3．髓外白血病的治疗　中枢神经系统白血病可采取：①甲氨碟呤或阿糖胞苷等鞘内注射，可同时加地塞米松以减轻药物引起的蛛网膜炎。②脑-脊髓放疗。

4．骨髓移植。

（六）护理要点

1．合理安排休息与活动。

2．加强营养和心理支持。

3．遵医嘱使用化疗药物，并观察疗效与副作用。

4．防治出血、感染。

5．做好造血干细胞移植的护理。

造血干细胞移植是指将正常供体或自体的造血干细胞经血管输给患者，使之重建正常的造血和免疫功能。根据造血干细胞的来源不同，可分为骨髓移植（异基因骨髓移植、同基因骨髓移植和自身骨髓移植）、外周血干细胞移植、脐带血干细胞移植和胚胎干细胞移植。以骨髓移植常见。骨髓移植是指通过植入异体或自体骨髓重建造血功能。造血干细胞移植主要适用于重型再生障碍性贫血、白血病等。

（1）骨髓移植前，除对供者及无菌层流室准备外，向移植患者讲解有关知识，使其做好心理准备，全面评估患者的身体状况，预处理、病房及物品严格消毒与隔离、移植前 1 天行颈外静脉或锁骨下静脉置管术备用。

（2）移植时将采集的供者的骨髓液经静脉插管处于 6h 内输完。输注过程中应注意有无输

血反应和栓塞现象。

（3）移植后应做好感染、出血的预防及护理，积极观察有无排异反应和移植物抗宿主病（是指植入的供者造血干细胞与患者的白细胞或组织细胞发生免疫反应，并导致组织损伤），及时报告和处理。

五、特发性血小板减少性紫癜（ITP）

（一）临床表现

1. 急性型：①儿童多见（多在 8 岁以内起病）；②起病前 1～3 周有病毒感染史；③起病急，有畏寒、发热，出血症状明显；④多经治疗后，2 周～2 个月内缓解或痊愈。

2. 慢性型：①多见于中青年女性，起病缓慢；②出血较轻，女性患者常有月经过多；③病程迁延，常有反复发作；④反复发作者，可有轻度脾脏肿大。

（二）实验室检查

1. 骨髓象特点：①巨核细胞正常或增多，但有成熟障碍；②红细胞、粒细胞系统正常。

2. 血小板数量减少；其他多项出血性疾病检验异常。

（三）诊断要点

1. 多次化验检查血小板减少。

2. 脾不肿大或轻度肿大。

3. 骨髓检查巨核细胞数增多或正常，伴成熟障碍。

4. 具备下列五项之一者：①激素治疗有效；②脾切除治疗有效；③PAIgG 增多；④PAC_3 增多；⑤血小板寿命缩短。

5. 排除继发性血小板减少症。

（四）治疗原则

控制出血，减少血小板破坏，提高血小板数量。

（五）护理要点

1．休息与饮食，血小板$<20\times10^9$/ L 时应绝对卧床休息。

2．出血情况的监测。

3．预防出血。

4．遵医嘱应用糖皮质激素，并观察药物疗效及副作用。

六、骨髓穿刺术护理

1．目的　通过对骨髓液的检查，协助诊断血液病、传染病和寄生虫病；了解骨髓造血情况，为化疗和应用免疫抑制剂提供参考；作骨髓腔输液、输血、给药或骨髓移植。

2．方法　①安置合适体位；②确定穿刺点；③局部消毒与麻醉；④穿刺、抽吸；⑤病情观察。

3．护理

（1）做好术前准备：向患者解释，协助做检查和用物准备。

（2）术中配合：指导患者采取适宜的体位。协助医生消毒、铺洞巾、麻醉、穿刺、抽吸及涂片。密切观察患者的反应。

（3）术后护理：拔出穿刺针后局部加压，观察局部有无出血。嘱患者术后当天不要沐浴，保持局部干燥，避免感染。

第六章　内分泌及代谢疾病

复习要求

1. 熟悉甲状腺功能亢进症的概念；掌握甲亢的临床表现、诊断要点、治疗措施、护理要点；熟悉抗甲状腺药物的应用；熟悉甲状腺危象的诱因、表现及抢救。

2. 熟悉库欣综合征的临床表现、治疗要点和护理措施；

3. 掌握糖尿病的概念、临床分型及各型特点、典型表现、诊断依据、治疗要点、饮食控制；掌握降糖药物的应用；熟悉糖尿病急慢性并发症的表现和健康教育；掌握糖尿病酮症酸中毒的诱因、临床表现和抢救。

复习内容

一、甲状腺功能亢进症

（一）概述

甲状腺功能亢进症简称甲亢，是指由多种病因导致甲状腺功能增强，分泌过多甲状腺素所致的临床综合征。以高代谢综合征、眼征、甲状腺肿大及自主神经功能失常为特征。按引起甲亢的原因可分为 3 类：①原发性甲亢，最常见，尤以毒性弥漫性甲状腺肿（Graves 病，简称 GD）最多见，常伴有突眼，好发于 20～40 岁的女性；②继发性甲亢，较少见，发病年龄多在 40 岁以上，无眼球突出；③高功能腺瘤，少见，无眼球突出。

（二）临床特征

1．高代谢症候群　①怕热、多汗（喜冷）、皮肤湿温、低热。②精神、神经系统症状：神经过敏、多语多动、失眠等，重者表现为精神分裂症。可有舌和双手平举前伸时有细震颤，腱反射亢进。③心血管系统：心悸、气促、脉压增大，在静息或睡眠时心率仍增快（持续性心动过速）是甲亢的特征性表现之一，重症者常出现心律失常，甚至导致甲亢性心脏病。④消化系统：食欲亢进而体重锐减是本病特征性表现之一，胃肠蠕动增快，消化吸收不良而使排便次数增多，或腹泻。⑤肌肉运动系统：不同程度的肌无力、肌萎缩和周期性麻痹（如进食、进水发呛，与低钾血症有关）。⑥生殖系统：女性月经失调、闭经、不孕，男性阳痿。⑦血液系统：可有紫癜和轻度贫血。

2．甲状腺肿大　两侧弥漫性、对称性肿大（甲亢的重要体征）局部可触及震颤和听到连续性血管杂音。

3．突眼症。

（三）常用检查及结果

1．基础代谢率测定　清晨安静、空腹时测定每分钟脉率和血压（mmHg），按简便公式计算：基础代谢率（%）=脉率+脉压−111。正常值为±10%。

2．甲状腺吸 ^{131} 碘率测定　主要用于鉴别不同病因的甲亢，Graves 病时摄 ^{131} 碘率增高，且摄碘高峰前移。

3．血清甲状腺激素浓度测定　TT_3、TT_4 是判断甲状腺功能最基本的筛选指标，FT_3、FT_4 升高为临床诊断甲亢的首选指标。

4．血清促甲状腺激素测定　TSH 降低是反应甲状腺功能最敏感的指标。

5．血清促甲状腺激素受体抗体（TRAb）、甲状腺刺激抗体（TSAb）阳性，是诊断 Graves 病的重要指标。也是判断病情活动和复发，治疗后停药的重要指标。

（四）治疗要点

1．一般治疗：适当休息，合理营养。

2．抗甲状腺药物治疗（基础治疗）：①适应证：适用于轻症、20 岁以下、孕妇及严重并发症者；②副作用：主要有粒细胞减少和药物疹。

3．放疗及手术治疗。

4．甲亢危象、浸润性突眼症、甲亢合并妊娠等治疗。

（五）护理要点

1．指导患者休息及饮食　保持室温凉爽恒定，给予高热量、高蛋白、高维生素及矿物质丰富的易消化饮食，增加奶、蛋、瘦肉等优质蛋白的摄入以纠正负氮平衡。避免使用含碘丰富的食物如紫菜、海带等；避免饮用浓茶、咖啡等刺激性饮料。

2．遵医嘱应用抗甲状腺药物。

3．遵医嘱应用放射碘治疗。

4．眼部护理用　①0.5%的氢化可的松眼药水或抗生素眼药水滴眼，以免干燥，感染；②睡时抬高头部，限制水及钠的摄入，并给予适当利尿剂减轻眼部肿胀，流泪；③睡前用抗生素眼膏，并用纱布眼垫保护，防止结膜炎，角膜炎的发生；④外出戴墨镜，防止强光，风沙和灰尘刺激。

（六）甲状腺危象的抢救

1．针对诱因治疗　主要诱因：感染、手术前准备不充分、放射性碘治疗反应，严重精神创伤或治疗不当等。

2．抑制甲状腺激素合成（首选丙基硫氧嘧啶）。

3．抑制甲状腺激素释放　给予复方碘溶液口服。

4．应用普耐洛尔。

5．糖皮质激素应用。

6．降温。

7．支持治疗。

二、库欣综合征

（一）定义

库欣综合征是指由多种原因导致肾上腺分泌过多糖皮质激素（主要是皮质醇）所引起的症状群。主要临床表现有向心性肥胖、皮肤紫纹、痤疮、糖尿病倾向、高血压和骨质疏松等。

（二）病因及发病机制

1．库欣病　最多见，约占 70%，多为垂体微腺瘤。腺瘤分泌促肾上腺皮质激素，导致双侧肾上腺增生，分泌大量的皮质醇。

2．异位 ACTH 综合征　由垂体以外的癌瘤产生 ACTH，刺激肾上腺皮质增生，分泌过量的皮质醇。最常见的是肺癌，其次是胸腺癌和胰腺癌，甲状腺髓样癌等。

3．原发性肾上腺皮质肿瘤。

4．不依赖 ACTH 性双侧肾上腺小结节性增生或大结节性增生。

（三）临床表现

1．症状　由于蛋白质、糖代谢障碍出现肌肉萎缩无力，腰酸背痛，严重时站立困难，行动不便，血糖升高，出现糖尿病症状。电解质紊乱，出现钠潴留和低钾，可有乏力和水肿。高血压常见，长期高血压可并发左心室肥大、心力衰竭、脑血管意外。皮质醇增多使免疫功能减弱、抵抗力下降易感染，情绪不稳定，烦躁、失眠，严重者精神变态。部分患者性功能异常，如女性月经量少、不规则或闭经，男性阳痿。

2．体征　可有向心性肥胖，皮肤菲薄、紫纹，痤疮多毛，骨质疏松，皮肤粘膜色素沉着等。

（四）实验室及其他检查

1. 血浆皮质醇测定　血浆皮质醇水平增高且昼夜节律消失。

2. 尿皮质醇测定　24 小时尿 17-羟皮质类固醇和尿游离皮质醇升高。

3. 地塞米松抑制试验　大剂量地塞米松抑制试验能被抑制者，病变大多为垂体性；不能被抑制者，可能为原发性肾上腺皮质肿瘤或异位 ACTH 综合征。

4. ACTH 试验　垂体性库欣病和异位 ACTH 综合征者有反应，高于正常；原发性肾上腺皮质肿瘤则大多数无反应。

5. 影像学检查　包括肾上腺超声检查、蝶鞍区断层摄片、CT、MRI 等，可显示病变部位的影像学改变。

（五）治疗要点

治疗原则是以手术为主辅以放疗和药物治疗。库欣病首选方法是经蝶窦切除垂体微腺瘤，术后辅以放射治疗。肾上腺肿瘤主要采用手术治疗，未能根治或已有转移者，可用双氯苯二氯乙烷、美替拉酮、氨鲁米特、酮康唑等药物治疗，以减少肾上腺皮质激素的产生量。其他类型的库欣综合征，应根据具体病情采用手术、放疗和化疗。

（六）护理要点

①合理休息和饮食；②遵医嘱用药，注意观察疗效和副作用；③加强心理疏导；④预防感染、皮下出血和骨折。

（七）健康教育

1．告知患者有关疾病过程及治疗方法，积极配合治疗。

2．指导患者正确使用肾上腺皮质激素合成阻滞药和学会观察药物疗效及不良反应。

3．教会患者自我护理，避免感染，保持心情愉快。

4．指导患者和家属有计划地安排力所能及的生活活动，让患者独立完成，增强其自信心和自尊感。

5．术后定期复查，观察其变化。

三、糖尿病

（一）概念

糖尿病是由不同原因引起胰岛素分泌绝对或相对不足导致的以慢性高血糖为突出表现的内分泌代谢疾病。

（二）临床分型及特点

1．1 型糖尿病　①多见于青少年，血浆胰岛细胞抗体多呈阳性；②起病较急，三多一少症状明显，易并发酮症酸中毒；③血清胰岛素水平低，必须依赖外源性胰岛素。

2．2 型糖尿病　①多见于中老年患者，有遗传倾向；②起病缓慢，三多一少症状不明显，易并发脑血管病变；③血清胰岛素水平正常或稍增高，不需要依赖外源性胰岛素。

3．其他特殊类型。

4．妊娠期糖尿病。

（三）表现

1．典型表现　多饮、多食、多尿、体重减少，即三多一少症群。

2．急性并发症　①糖尿病酮症酸中毒；②高渗性昏迷；③乳酸性酸中毒；④感染。

3．慢性并发症

（1）大血管病变：冠心病，脑血管病，肾动脉和肢体动脉硬化，其中冠心病和脑血管病是 2 型糖尿病的主要死因。

（2）糖尿病性肾病变：毛细血管间肾小球硬化症，肾动脉硬化，慢性肾盂肾炎，其中肾小球硬化症是 1 型糖尿病主要死因。

（3）眼部病变：视网膜病变，为糖尿病患者失明的主要原因。

（4）神经病变：以多发性周围神经炎最常见。

（四）辅助检查

1．血糖（空腹血糖升高是诊断糖尿病的主要依据）。

2．口服葡萄糖耐量试验（OGTT）（用于血糖正常或稍高的可疑病例的诊断）。

3．糖化血红蛋白测定（作为糖尿病病人病情监测的指标）。

4．血浆胰岛素和 C 肽测定（反映β细胞功能）

（五）诊断标准（1999 年 WHO 推行标准）

1．正常血浆葡萄糖　空腹血糖<6.0mmol/L 为正常；6.0≤空腹血糖<7.0mmol/L，为空腹血糖过高；OGTT 中 2h 血浆葡萄糖<7.8mmol/L，为正常。

2．糖尿病诊断标准

（1）有糖尿病的典型症状：①一日内随机血糖≥11.1mmol/L，或空腹血糖≥7.0mmol/L，均可诊断糖尿病；②如果 6.0≤空腹血糖<7.0mmol/L（或随机血糖<11.1mmol/L），应行 OGTT，2h 血浆葡萄糖≥11.1mmol/L 可诊断为糖尿病。

（2）症状不典型者，诊断标准同上，需另一天再次证实。

（3）糖耐量降低：如果 OGTT 7.8mmol/L≤2h 血浆葡萄糖<11.1mmol/L 为糖耐量降低。

（六）治疗

1．原则　①早期治疗；②长期治疗；③综合治疗；④个体化原则。

2．措施

（1）一般治疗（对糖尿病患者进行教育）

（2）饮食治疗（糖尿病的基础治疗）。

（3）体育锻炼（是治疗糖尿病的重要措施）。

（4）口服降糖药物

1）适应证：2 型糖尿病经饮食、运动治疗未能控制者。

2）禁忌证：1 型糖尿病及合并严重感染、妊娠、进行大手术和肝功能不全者。

3）副作用：低血糖反应、粒细胞减少、皮疹、恶心、呕吐和肝肾功能损害。

（5）胰岛素治疗

1）适应证：①1 型糖尿病；②2 型糖尿病经饮食、运动疗法及口服降糖药物疗效差者；③伴急、慢性并发症的糖尿病患者；④糖尿病患者在妊娠、分娩或大手术时。

2）制剂类型：速效、中效、慢效。

3）使用原则：初治阶段宜用速效类，以探索剂量及快速控制病情；有严重合并症或血糖波动的糖尿病用速效类；剂量稳定在 40u 以下者，可用长效或中效胰岛素；胰岛素应在饮食治疗的基础上应用；采用高纯度新制剂时剂量应小。

4）不良反应：低血糖反应；过敏反应。

（七）糖尿病酮症酸中毒

1．诱因　感染、创伤、麻醉、大手术、饮食不当、妊娠、分娩、胰岛素中断或不适当减量等。

2．临床特征　①糖尿病症状急剧加重；②代谢性酸中毒的表现；③循环衰竭的症状及体征。

3．诊断　①糖尿病病史（或诱因）；②典型临床特征；③实验诊断。

4．抢救　①输液（是首要的、极其关键的措施）；②胰岛素治疗（小剂量速效胰岛素）；③纠正酸中毒和水电解质平衡紊乱；④消除诱因；⑤防治并发症。

（八）护理要点

1. 饮食控制　是糖尿病患者应严格和长期执行的一项重要基础治疗措施。

2. 运动指导　应进行有规律的适当运动，根据年龄、性别、体力、爱好、病情等情况，选择适宜的运动方式，循序渐进并长期坚持。

3. 遵医嘱口服降糖药，控制血糖。

4. 遵医嘱补充外源性胰岛素。

5. 酮症酸中毒的抢救配合。

6. 高渗性昏迷的护理。

7. 糖尿病足的护理。

8. 低血糖的预防和护理。

9. 预防感染。

（九）健康教育

一级预防：改变人群中与 2 型糖尿病发病有关的环境因素，如过度营养、肥胖、少动等生活方式；指导血压的测量和体重指数的计算方法，加强对糖尿病高危人群的监测 。

二级预防：做好糖尿病筛查，早发现和有效的治疗糖尿病，能够进行饮食控制和运动，掌握所用药物的名称、用法和用量，掌握简易血糖仪和尿糖试纸的使用方法。熟悉糖尿病的控制目标，见表 1-6-1。

表 1-6-1　糖尿病控制目标

项目（单位）	备注	评　价		
		理　想	尚　可	差
血浆葡萄糖（mmol/L）	空腹	4.4～6.1	≤7.0	>7.0
	餐后 2h	4.4～8.0	≤10.0	>10.0
糖化血红蛋白（%）		<6.5	≤7.5	>7.5
血压（mmHg）		<130/80	≤160/95	>160/95
体重指数（kg/m^2）	男	<25	<27	≥27
	女	<24	<26	≥26
总胆固醇（mmol/L）		<4.5	<6.0	≥6.0
甘油三酯（mmol/L）		<1.5	<2.2	≥2.2
高密度脂蛋白（mmol/L）		>1.1	0.9～1.1	<0.9
低密度脂蛋白（mmol/L）		<2.5	2.5～4.4	≥4.5

三级预防：熟悉复查的项目和意义，（每 2～3 个月复检糖化血红蛋白，或每 3 周复检空腹血糖。每 3～6 个月门诊定期复查，每年全身检查一次），控制病情，学会防止和处理并发症，防止和延缓并发症的发生和恶化，减少糖尿病患者的伤残和死亡率。

第七章　风湿性疾病

复习要求

1. 熟悉风湿性疾病的概念和风湿性疾病的特点。

2. 熟悉系统性红斑狼疮的病因和诱因；掌握系统性红斑狼疮的概念、临床特点、实验室检查特点、治疗原则和护理要点。

3. 熟悉类风湿性关节炎的临床特点、治疗原则和护理要点。

4. 了解骨质疏松症的病因，熟悉其临床表现、常用检查及治疗要点。

复习内容

一、总述

（一）定义

风湿性疾病是泛指主要影响骨、关节及其周围软组织，如肌肉、肌腱、滑膜、筋膜等的一组疾病。

（二）分类

1．弥漫性结缔组织病，如系统性红斑狼疮（SLE）、类风湿性关节炎（RA）、干燥综合征等。

2．脊柱关节病，如强直性脊柱炎（AS）、银屑病关节炎等。

3．退行性变，如骨性关节炎。

4．代谢和内分泌疾病，如痛风。

5．感染性关节炎，如风湿热、反应性关节炎等。

6．其他，如纤维肌痛、骨质疏松等。

（三）特点

1. 起病与免疫因素、环境因素、遗传因素、性别等有关。

2. 属自身免疫疾病（即免疫系统对自身组织出现免疫应答反应并导致组织损伤）。

3. 基本病变为血管和结缔组织慢性炎症。

4. 病变可累及多个系统，临床表现个体差异很大。

5. 病程呈发作与缓解相交替，常有肌肉与关节病变。

6. 糖皮质激素的治疗对疾病有一定作用。

7. 病理主要为炎症反应。

8. 常有免疫学异常或生化检查改变。

9. 治疗效果个体差异大。

二、系统性红斑狼疮（SLE）

（一）概念

系统性红斑狼疮（SLE）是一种累及全身多系统、多器官、血清中具有多种自身抗体的自身免疫性疾病。

（二）病因

目前认为与遗传因素、环境因素（如日光、紫外线等）、药物（如青霉胺、普鲁卡因胺、氯丙嗪、肼苯哒嗪等）、生物因素（如病毒）、性激素（雌激素）等有关。

（三）临床特点

1．起病多缓慢，育龄妇女多见，先累及一个系统，然后扩散到多系统损害。

2．多器官受损　①全身症状（发热、全身不适、乏力、食欲不振、体重减轻）；②皮肤黏膜表现（典型损害是面部蝶形红斑）；③关节、肌肉表现（不同程度的关节疼痛，但无畸形，常伴有肌痛）；④肾脏（表现为狼疮性肾炎或肾病综合征）；⑤心血管（狼疮性心包炎、狼疮性心肌炎、狼疮性心内膜炎等）；⑥肺、胸膜（间质性肺炎、胸膜炎）；⑦消化系统（除明显消化道症状外，可有肝、脾肿大，少数可发生急腹症）；⑧神经、精神症状。

3．血液中可出现多种自身抗体　①抗核抗体（ANA），阳性率达 95%，但特异性较差。是筛选结缔组织病的指标。②抗 Sm 抗体，特异性达 99%，为本病的特异性抗体，但敏感性仅 25%。③抗双链 DNA（dsDNA）抗体，特异性达 95%，敏感性为 70%，多出现在 SLE 的活动期，与疾病的活动性密切相关。

（四）治疗

1．一般治疗　注意休息，避免诱因，保持乐观情绪。

2．药物治疗　肾上腺皮质激素（主要药物）；免疫抑制剂；其他等。

（五）护理要点

1．日常生活护理　避免强阳光暴晒和紫外线照射；避免使用可能诱发 SLE 的药物，如避孕药、异烟肼等。

2．保护皮肤、黏膜、头皮　可用清水冲洗皮损处，每日 3 次，用 30℃左右温水湿敷红斑处，每次 30min。忌用碱性肥皂、化妆品及其他化学药品。脱发者，每周温水洗头 2 次，边洗边按摩。也可用梅花针轻刺头皮，每日 2 次，避免脱发加重。忌染发、烫发、卷发。

3．用药护理　激素类药物勿擅自停药或减量以免造成病情“反跳”。非甾体类抗炎药胃肠道反应多，宜饭后服。抗疟药的衍生物排泄缓慢，可在体内蓄积，引起视网膜退行性病变，故应定期查眼底。免疫抑制剂可造成骨髓抑制等副作用，在使用中应定期查血象、肝功能。

4．病情观察。

5．心理护理。

三、类风湿性关节炎

（一）临床特点

1．起病缓慢，关节症状出现前可有乏力、纳差、体重减轻等前驱症状。

2．关节症状：①最早受累的是近端指间关节；②从一、二个小关节开始，渐发展为对称性多关节炎；③晨僵（指病变关节在静止不动后出现较长时间的僵硬，尤以早晨更为明显，经活动后症状减轻）；④晚期可出现关节畸形。

3．关节外症状：①类风湿结节；②类风湿血管炎；③其他症状。

（二）功能障碍分级

I 级：能照常进行日常生活与各项工作；
Ⅱ级：可进行一般的日常生活和某种职业工作，但参与其他项目活动受限；
Ⅲ级：可进行一般的日常生活，但参与某种职业工作或其他项目活动受限；
Ⅳ级：日常生活的自理和参与工作的能力均受限。

（三）分期

Ⅰ期：关节周围软组织的肿胀阴影，关节端骨质疏松；
Ⅱ期：关节间隙因软骨破坏而变得狭窄；
Ⅲ期：关节面出现虫凿样破坏性改变；
Ⅳ期：关节半脱位和关节破坏后的纤维性和骨性强直。

（四）治疗原则

控制炎症，缓解症状，保持关节功能和防止关节畸形。

四、骨质疏松症

（一）概述

骨质疏松症是一种代谢性骨骼疾病，以骨量降低和骨组织微细结构破坏为特征，表现为骨的脆性增加和易于骨折。分原发性、继发性和特发性三类，原发性骨质疏松症常见于绝经后妇女和老年人。

（二）病因

凡可使骨吸收增加和（或）骨形成减少的因素都会导致骨丢失和骨质量下降，脆性增加，直至发生骨折。

1. 骨吸收增加　雌激素缺乏，活性维生素 D 缺乏和甲状旁腺素（PTH）分泌增多，使破骨细胞活动增强，骨吸收增多。

2. 骨形成减少和质量下降　主要与遗传有关，此外不良的生活方式和生活环境如吸烟、酗酒、体力活动过少、长期卧床、光照减少、钙和维生素 D 摄入不足、营养不良等危险因素对此也有明显影响。

（三）临床表现

1. 骨痛和肌无力　骨痛是骨质疏松症最常见、最主要的症状，以腰背痛多见，占疼痛患者中的 70%～80%。乏力常于劳累或活动后加重，负重能力下降或不能负重。

2. 身长缩短、驼背　由于椎体压缩性骨折，尤其第 11、12 胸椎及第 3 腰椎，使脊椎前倾，形成驼背。胸廓严重畸形，影响肺的呼吸运动，可出现胸闷、气短、呼吸困难，甚至紫绀等表现。

3. 骨折　常因轻微活动、创伤、弯腰、负重、挤压或摔倒后发生骨折，出现骨折的特有体征。

（四）常用检查

1. 生化检查　血钙、磷、碱性磷酸酶、PTH 等测定有助于判断骨代谢状态。

2. X 线检查　可用来发现有无骨折。

3. 骨密度测量可以用来评估总体的骨折发生危险度，是骨折最好的预测指标。

（五）治疗要点

强调综合治疗、早期治疗和个体化治疗。可根据不同病因选择抑制骨吸收药物如双膦酸盐、降钙素、雌激素及其受体调节剂等，促进骨形成药物如氟制剂、甲状旁腺激素等，改善骨质量药物如钙剂、维生素 D 及其衍生物等。

（六）健康教育

1. 疾病预防知识指导　对停经后女性、卵巢切除术后、内分泌紊乱等高危人群，尽早做骨密度监测，早期发现、早期治疗。

2. 日常生活指导　多吃高钙食物，适量蛋白质，减少盐的摄入；戒烟、酒；多参加户外活动，多晒太阳，避免外伤，防止跌倒。

3. 用药指导 坚持抗骨质疏松药物、钙片和维生素 D 等治疗。

4. 自我病情监测　老年患者出现疼痛突然加重或逐渐出现身长缩短、驼背，要及时就医，明确是否发生骨折。

第八章　神经系统疾病

复习要求

1. 熟悉神经系统疾病常见症状、体征的概念、原因及护理要点。

2．熟悉急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病的临床特征、治疗原则和护理要点。

3. 熟悉急性脑血管病的概念、分类、基本病因和诱因，各类脑血管病的脑脊液和 CT 检查特点；掌握缺血性脑血管病和出血性脑血管病的临床表现、治疗原则和护理要点；熟悉急性脑血管病患者的康复训练。

4. 熟悉癫痫发作的诱因、表现和治疗要点；掌握癫痫发作时的护理；掌握癫痫持续状态的概念、诱因、表现及抢救。

5. 熟悉帕金森病的临床表现和治疗要点。

6. 了解腰椎穿刺术的目的、方法，熟悉腰椎穿刺术的操作配合和护理措施。

复习内容

一、神经系统疾病常见症状、体征

（一）头痛

头痛是指额部、顶部、枕部和颞部的疼痛。

1. 原因

（1）颅脑病变：如脑出血、脑水肿、脑囊肿、脑肿瘤、脑膜炎等。

（2）颅外病变：如神经痛、颅骨疾病、颈部疾病等。

（3）全身性疾病：如急性感染、心血管疾病、中毒等。

（4）神经症：如神经衰弱、癔症性头痛等。

2. 护理要点

（1）病情观察：观察患者头痛的部位、性质、程度、规律、起始与持续时间，头痛发生的方式与经过，加重、减轻或诱发头痛的因素，以及伴随症状。观察神志、瞳孔及精神状态，注意生命体征变化。

（2）避免诱因：情绪紧张、进食巧克力及红酒、月经来潮等均可诱发头痛。

（3）缓解疼痛：缓慢深呼吸，听轻音乐和进行气功、生物反馈治疗、引导式想象、冷、热敷以及理疗、按摩、指压止痛法等。必要时遵医嘱用药。

（二）感觉障碍

1. 概念

感觉障碍指机体对各种形式的刺激（如痛、温度、触、压、位置、振动等）无感知、感

知减退或异常的一组综合征。感觉分内脏感觉（由自主神经支配）、特殊感觉（包括视、听、嗅和味觉，由脑神经支配）和一般感觉。一般感觉由浅感觉（痛、温度及触觉）、深感觉（运动觉、位置觉和振动觉）和复合感觉（实体觉、图形觉及两点辨别觉等）所组成。

2. 原因及分类

（1）末梢型感觉障碍表现为肢体远端对称性完全性感觉障碍，呈手套，袜子状分布。后根受压为节段性完全性感觉障碍，可伴后根反射性疼痛。

（2）脊髓横贯性损害可造成病变平面以下的全部感觉丧失，并伴有四肢瘫、大小便功能障碍。

（3）脑干病变为交叉型感觉障碍。

（4）内囊病变可致对侧偏身感觉障碍，如伴有对侧偏瘫和对侧同向偏盲，则称为“三偏征”。

3. 护理要点

（1）生活护理：保持床单整洁、干燥、无渣屑，防止感觉障碍的身体部位受压或机械性刺激；避免高温或过冷刺激，慎用热水袋或冰袋，肢体保暖须用热水袋时，水温不宜超过 50℃，防止烫伤；对感觉过敏的患者尽量避免不必要的刺激。

（2）知觉训练：每天用温水擦洗感觉障碍的身体部位，以促进血液循环和刺激感觉恢复；同时可进行肢体的被动运动、按摩、理疗及针灸。

（3）心理护理：安慰患者不要紧张，消除不安感。

（三）瘫痪

1. 概念　肢体因肌力下降而出现的运动障碍称为瘫痪，肌力完全丧失而不能运动者为完全瘫痪，而保存部分运动功能者为不完全瘫痪。

2. 分类及原因

上运动神经元受损引起的瘫痪称为上运动神经元性瘫痪（中枢性瘫痪、痉挛性瘫痪）：下运动神经元受损引起的瘫痪称为下运动神经元性瘫痪（周围性瘫痪、松弛性瘫痪）。两者的区别见表 1-8-1。

表 1-8-1　上、下运动神经元性瘫痪的区别

	上运动神经元性瘫痪	下运动神经元性瘫痪
瘫痪分布	以整个肢体为主（如单瘫、偏瘫、截瘫等）	以肌群为主
肌张力	增高	减低
腱反射	增强	减低或消失
病理反射	有	无
肌萎缩	无或轻度失用性萎缩	明显
肌束颤动	无	有
电变性反应	无	有

（1）局限性瘫痪：为某一神经根支配区或某些肌群无力。如单神经病变、局限性肌病、肌炎等所致的肌肉无力。

（2）单瘫：单个肢体的运动不能或运动无力，多为一个上肢或一个下肢。病变部位在大

脑半球、脊髓前角细胞、周围神经或肌肉等。

（3）偏瘫：一侧面部和肢体瘫痪，常伴有瘫痪侧肌张力增高、腱反射亢进和病理征阳性等体征。多见于一侧大脑半球病变，如内囊出血、大脑半球肿瘤、脑梗死等。

（4）交叉性瘫痪：指病变侧脑神经麻痹和对侧肢体瘫痪。中脑病变时表现病灶侧动眼神经麻痹，对侧肢体瘫痪；脑桥病变时表现病灶侧展神经、面神经麻痹和对侧肢体瘫痪；延脑病变时表现病灶侧舌下神经麻痹和对侧肢体瘫痪。此种交叉性瘫痪常见于脑干肿瘤、炎症和血管性病变。

（5）四肢瘫痪：四肢不能运动或肌力减退。见于高颈段脊髓病变（如外伤、肿瘤、炎症等）和周围神经病变（如吉兰-巴雷综合征）。

（6）截瘫：双下肢瘫痪称为截瘫，多见于脊髓胸腰段的炎症、外伤、肿瘤等引起的脊髓横贯性损害。

3．肌力分级

（1）0 级：完全瘫痪。

（2）1 级：肌肉可收缩，但不能产生动作。

（3）2 级：肢体能在床面上移动，但不能抵抗自身重力，即无能抬起。

（4）3 级：肢体能抵抗重力离开床面，但不能抵抗阻力。

（5）4 级：肢体能作抗阻力动作，但未达到正常。

（6）5 级：正常肌力。

4．护理

（1）生活护理：指导和协助患者洗漱、进食、如厕、穿脱衣服及个人卫生，帮助患者翻身和保持床单位整洁，满足患者基本生活需要。

（2）安全护理：运动障碍的病人要防止跌倒及外伤的发生。

（3）康复护理：与患者、家属共同制订康复训练计划，先被动运动，后主动运动。

（4）心理护理：鼓励病人正确对待疾病，消除忧郁、恐惧心理或悲观情绪，摆脱对他人的依赖心理。

（四）昏迷

1．概念及特点

昏迷是最严重的意识障碍，预示病情危重，患者意识丧失，呼之不应，疼痛刺激不能使其觉醒，各种反射和生命体征出现相应的变化。按其程度可分为浅昏迷和深昏迷。浅昏迷指对针刺和对用手压眶上缘有痛苦表情及躲避反应，无言语应答，不能执行简单的命令，瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射及生命体征无明显改变。深昏迷为自发性动作完全消失，对任何刺激均无反应，瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射等均消失，生命体征常有改变。

2．护理要点

（1）病情监测：严密观察生命体征及瞳孔变化，观察有无呕吐及呕吐物的性状与量，预防消化道出血和脑疝。

（2）日常生活护理：保持床单整洁、干燥，定时给予翻身、拍背，并按摩骨突受压处；做好大小便的护理，保持会阴部皮肤清洁；注意口腔卫生，不能自口进食者应每日口腔护理 2～3 次；谵妄躁动者加床栏，防止坠床，必要时做适当的约束；慎用热水袋，防止烫伤。

（3）保持呼吸道通畅：平卧头侧位或侧卧位，及时清除口鼻分泌物和吸痰，防止舌根后坠、窒息与肺部感染。

（4）饮食护理：给予高维生素、高热量饮食，补充足够的水分；鼻饲流质者应定时喂食，保证足够的营养供给。

（5）禁用止痛、麻醉、安眠和镇静类药物。

（五）脑膜刺激征

脑膜刺激征为脑膜受激惹的体征。包括①颈强直；②克匿格征；③布鲁津斯基征。见于脑膜炎、蛛网膜下隙出血等。

二、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病

急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病又称吉兰-巴雷综合征，是以周围神经炎症改变并伴有脱髓鞘的多发性神经根的炎性病变。青少年多见，以夏秋季发病率高。

（一）病因和诱因

病因尚不明确，目前认为是某些病毒感染诱发的一种自身免疫性疾病，劳累、淋雨、游泳常可诱发。

（二）临床特征

以运动障碍为主，可以侵犯颅神经，感觉障碍和自主神经障碍较轻，严重时可出现呼吸肌麻痹而死亡。

1. 运动障碍　表现为下肢无力，以近端为主，行走困难，四肢远端出现不同程度的肌肉瘫痪。下肢重于上肢，无力或瘫痪常为对称性。若胸部呼吸肌麻痹，可引起呼吸困难。颅神经受损时，可有吞咽困难、饮水发呛、声音嘶哑的表现。

2. 感觉障碍　有明显的手套、袜套样感觉减退或消失。

3. 自主神经障碍　主要有血压升高，出汗多，尿潴留，窦性心动过速或过缓，心律不齐，房颤，室性期前收缩，室速等。自主神经系统受损是病情危重的标志。

4. 脑脊液改变　典型改变为蛋白－细胞分离（细胞数正常，而蛋白质明显增高）为本病的重要特点。蛋白质增高在起病后第 3 周最明显。

（三）治疗原则

呼吸肌麻痹的抢救是增加本病的治愈率、降低病死率的关键。

1. 糖皮质激素　减轻炎症和免疫反应。

2. 血浆置换疗法　去除有关的抗体、补体及细胞因子。

3. 大剂量的免疫球蛋白治疗。

4. 免疫抑制剂　环磷酰胺对部分病例有效。

5. 其他　B 族维生素、辅酶 A、ATP、加兰他敏、地巴唑等药物作为辅助治疗。

（四）护理要点

1. 病情观察　严密观察生命体征，吞咽情况，营养状况等。

2. 生活护理　及时补充营养，如有吞咽困难，给予鼻饲，保证机体足够的营养，维持正

氮平衡。

3. 用药护理　按医嘱用药，在使用激素时，应防止应激性溃疡导致消化道出血。不轻易使用安眠、镇静药。

4. 对症护理　保持呼吸道通畅，及时排出呼吸道分泌物，鼓励病人咳嗽、深呼吸，帮助病人翻身拍背或体位引流。必要时吸痰。如出现呼吸无力、吞咽困难应及时通知医生。抬高床头，气管插管，必要时气管切开。

5. 心理护理。

三、急性脑血管病

（一）定义

是由于各种原因引起脑血管受损而导致脑部损害的一组疾病，又称中风或脑血管意外。

（二）分类

1．出血性脑血管疾病　①脑出血；②蛛网膜下腔出血。

2．缺血性脑血管疾病　①短暂性脑缺血发作；②脑梗死（脑血栓形成，脑栓塞）。

（三）病因及危险因素

1．出血性脑血管病　高血压病、脑动脉硬化、脑动脉瘤、脑血管畸形。

2．缺血性脑血管病　脑动脉硬化、颈动脉硬化、颈动脉狭窄、椎基底动脉狭窄、血液流变学异常等。

高年龄、高血脂、不良饮食习惯（高盐、高脂、缺钙）、精神紧张、酗酒及吸烟等是本病的危险因素。

（四）临床表现

1．脑出血

（1）多见于 50 岁以上的高血压或动脉硬化史患者。

（2）起病急骤，多在白天活动中或情绪激动时突然发病。

（3）头痛、呕吐、常伴昏迷、失语等，血压升高，脉徐缓有力，面色潮红，呼吸深沉带鼾声，肢体瘫痪，大小便失禁。

（4）神经系统定位症状

1）内囊出血：三偏征（即出血灶对侧中枢性偏瘫、偏身感觉障碍和对侧同向偏盲），头、眼转向出血病灶侧呈“凝视病灶”状。

2）脑桥出血：①出血局限于一侧时，呈交叉性瘫痪，头眼转向对侧，呈“凝视瘫肢”状；②出血波及两侧时，两侧面部及肢体均瘫痪，头和双眼固定在正中，双侧瞳孔极度缩小；③呈中枢性高热，不规则呼吸，病势凶险，多在 24～48h 内死亡。

3）小脑出血：轻症者表现为眩晕、呕吐、枕部疼痛、共济失调、眼球震颤，无肢体瘫痪；重症者因血液破入第四脑室而迅速昏迷，常因枕骨大孔疝而死亡。

2．蛛网膜下腔出血

（1）多见于青壮年，50 岁以上常见于动脉硬化者。

（2）多在用力或情绪激动时等诱因下发病。

（3）剧烈头痛，恶心呕吐，烦躁不安，有明显脑膜刺激征。

（4）意识清楚，多无神经系统定位症状。

3．短暂性脑缺血发作

（1）多见于中老年，有动脉硬化史。

（2）起病突然，历时短暂，持续数分钟至数小时，最长不超过 24h，恢复后无后遗症。

（3）可反复发作，定位症状与缺血部位有关。

1）颈内动脉系统：对侧单肢无力或不完全性瘫痪伴感觉障碍，同侧眼一过性失明，主半球缺血可伴失语。

2）锥-基底动脉系统：一侧脑神经麻痹、对侧肢体瘫痪或感觉障碍；少数病人可突然双下肢无力而倒地，但即可自行站起，不伴意识障碍，呈跌倒发作。

4．脑血栓形成（最常见）

（1）多见于 50 岁以上原有动脉硬化者，多伴高血压、冠心病或糖尿病。

（2）多在安静、休息或睡眠时发病，晨起后被发现。

（3）多无意识障碍，生命体征一般无明显改变。

（4）定位症状视梗死的部位和范围而定。

5．脑栓塞

（1）多见于中青年，常有风心病等病史。

（2）常有原发病的临床表现。

（3）起病急骤，数秒钟内症状即达高峰，严重者可突然昏迷，甚至因脑疝而死亡。

（4）定位症状视栓塞的部位而定。

（五）鉴别（见表 1-8-2）

表 1-8-2　急性脑血管病的鉴别

	脑血栓形成	脑栓塞	脑出血	蛛网膜下腔出血
发病年龄	中老年多见	青壮年多见	中老年多见	中青年多见
常见病因	动脉粥样硬化	风心病	高血压、动脉硬化	动脉瘤、血管畸形
起病方式	安静状态发病	不定	多在活动中发病	多在活动中发病
起病缓急	较缓	急骤	急骤	急骤
头痛呕吐	多无	多无	多有	明显
意识障碍	多无	不定	多昏迷	多无
偏瘫	有	有	有	无
脑膜刺激征	无	无	可有	多明显
脑脊液	正常	正常	血性或正常	血性
CT 检查	低密度阴影	低密度阴影	高密度阴影	高密度阴影

（六）出血性脑血管疾病的治疗

1．脑出血（原则：防止再出血，控制脑水肿，维持生命体征和防治并发症）

（1）一般治疗：绝对卧床休息，维持呼吸道通畅，保持营养和维持水盐代谢平衡，加强护理及防治并发症。

（2）控制高血压：当收缩压>26.7kPa 时，可给予适当降压药物，急性期后血压仍持续过高时，可系统应用降压药。

（3）控制脑水肿、降低颅内压：是脑出血急性期处理的一个重要环节，应立即使用脱水药。

（4）止血药和凝血药：一般不用，若合并消化道出血可适当选用。

（5）手术治疗：清除颅内血肿，解除脑疝，可有效降低死亡率和致残率。

（6）康复治疗，提高生存质量。

2．蛛网膜下腔出血（原则：去除病因，防止再出血和脑血管痉挛，预防复发）

（1）一般治疗：绝对卧床休息 4～6 周，避免出现血压和颅内压增高的因素，对症治疗。

（2）止血药物：急性期应大剂量使用止血药物，常用抗纤维蛋白溶解剂以防止凝血块溶解。

（3）防止脑血管痉挛：可使用钙离子拮抗剂。

（4）降低高血压和颅内高压：有明显颅内高压或血压过高者治疗同脑出血。

（5）病因治疗。

（七）缺血性脑血管疾病的治疗

1. 短暂性脑缺血发作

（1）病因治疗，避免诱发因素。

（2）药物治疗：抑制血小板凝集，改善脑循环，发作频繁者可考虑使用抗凝治疗。

（3）外科手术治疗。

2. 脑血栓形成

（1）一般治疗：卧床休息，吸氧，饮食，保持水电解质平衡，防治并发症。

（2）溶栓治疗：“ 超早期 ”（起病 6h 以内）溶栓治疗是尽早恢复血供的主要处理原则。

（3）调整血压（使血压维持在比患者病前稍高水平）。

（4）抗脑水肿降低颅内压。

（5）改善脑的血液供应。

（6）抗凝治疗：适用于进展型脑梗塞，出血性脑梗塞或高血压者禁用。

（7）血管扩张剂：适用于症状轻微、起病缓慢者。

（8）其他治疗：高压氧治疗，脑代谢复活剂等。

（9）手术治疗。

（10）康复治疗。

3. 脑栓塞　原发病治疗，栓塞治疗同脑血栓形成。

（八）护理要点

1．病情观察　对于脑出血患者应注意观察有无脑疝、应激性溃疡发生，对卧床或昏迷时间较长者，应注意有无褥疮、肺炎等并发症发生。

2．生活护理　给予低盐、低脂饮食，如有饮水反呛时，可予糊状流质或半流质，必要时给予鼻饲流质。急性期绝对卧床休息，保持环境安静，避免各种刺激。进行各项诊疗操作，动作轻柔。急性脑出血患者在发病 24h 内应禁食。发病 3 天后仍昏迷，不能进食者，应鼻饲流质，以保证营养供给。应严格绝对卧床休息 4～6 周，尽量避免一切可能使患者的血压和颅内压增高的因素，包括用力排便、情绪激动等。

3．用药护理。

4．对症护理　对瘫痪患者应每 2～3h 翻身 1 次，翻身时做一些主动或被动活动锻炼，逐渐增加肢体活动量。指导失语患者简单而有效的交流技巧，加强其语言功能训练。中枢性高热者给予物理降温，对不宜降温者可行人工冬眠。高热惊厥者按医嘱给予抗惊厥药。昏迷者按常规做好气道及皮肤等护理。便秘、大小便失禁及尿潴留者做好相应护理。

5．康复训练。

四、癫痫

（一）概念

癫痫是一组反复发作的神经元异常放电所致的暂时性中枢神经系统功能障碍的临床综合征。

（二）病因及诱因

1．病因　可分为原发性（特发性）和继发性（症状性）。

（1）原发性（特发性）

（2）继发性（症状性）

2．诱因　疲劳、饥饿、过饱、饮酒、感情冲动、过敏反应等。

（三）临床类型及特征

1. 全面性发作

（1）全面性强直-阵挛性发作（大发作）

1）先兆期：部分患者发作前瞬间可有上腹不适、心悸、眩晕、幻觉、恐惧等。

2）发作期：

①强直期：持续 10～20s，突发意识丧失，发出尖叫，跌倒在地，全身骨骼肌持续性收缩，上肢屈曲，拇指对掌，下肢伸直，牙关紧闭，呼吸停止，瞳孔散大，对光反射消失，两眼上翻或斜视，口唇紫绀。②阵挛期：持续 0.5～3min，全身肌肉节律性抽搐，呼吸呈急冲式，口吐白沫或血色泡沫，常伴大小便失禁。③惊厥后期：阵挛停止后患者进入昏睡，历时数分钟至数小时后意识渐恢复，醒后感头痛、乏力，对发作过程无记忆；部分患者在意识完全恢复前，出现兴奋躁动等精神症状。

（2）失神发作（小发作）

1）多为儿童，突发一过性短暂（3～15s）的意识丧失。

2）发作时可停止当时的活动，呼之不应，两眼呆视，手中持物可坠落，事后立即清醒，继续原活动，对发作无记忆。

2. 部分性发作

（1）单纯部分性发作（局限性发作）：①多见于继发性癫痫，以局部症状为特征，成人多见；②常有脑部局灶性病变刺激引起，其表现于病变部位的功能受损有关，故症状对病灶具有定位意义；③临床上可分为部分运动性发作（也称 Jackson 癫痫），感觉性发作，自主神经性发作和精神性发作。

（2）复杂部分性发作（精神运动性发作）：①以发作性意识障碍、精神症状、自动症为特

征；②多数为颞叶病变引起，故又称为颞叶癫痫；③一般发作历时数分钟、数小时或数天。

3. 癫痫持续状态

（1）定义：是指癫痫发作频繁，抽搐间期意识没有完全恢复，或一次发作持续 30min 以上者。

（2）特点：常因感染、中毒、疲劳、酗酒、睡眠不足、抗癫痫药物使用不当诱发；常伴高热、脱水、酸中毒、脑水肿等严重并发症。

（四）诊断要点

①依据发作病史，特别是现场发作的典型表现；②辅助检查，尤其是脑电图具有诊断意义；③区别原发或继发，并努力寻找病因。

（五）治疗措施

1．心理社会治疗　①养成良好的生活规律和饮食习惯，避免不良的嗜好，保持充足的睡眠；②从事合适的社会工作，避免危险的活动。

2．病因治疗　继发性癫痫的病因治疗是根治癫痫的有效办法。

3．药物治疗原则　①从单一药物开始，剂量有小到大，逐步增加；②一个药物增加到最大且已达有效血药浓度而仍不能控制发作者再加用第二种药物；③偶然发病，脑电图异常而临床无癫痫症状和 5 岁以下，每次发作均有发热的儿童，一般不服抗癫痫药物；④经药物治疗，控制发作 2～3 年，脑电图随访痫性活动消失者可开始逐渐停药，但其停药过程不宜少于 3 个月。

4．癫痫持续状态的处理　①迅速控制发作（可选用安定，阿米托钠，苯妥英钠，水合氯醛等药物）；②加强护理（防止外伤，保持呼吸道通畅，给氧）；③维护生命功能（处理脑水肿，纠正水电解质和酸碱平衡失调，高热可用物理降温，预防和控制感染）；④积极寻找诱发因素，并针对诱因进行处理。

五、帕金森病

（一）概述

帕金森病又称震颤麻痹，是由于黑质多巴胺能神经元变性缺失引起的一种神经系统变性疾病。以静止性震颤、肌强直、运动徐缓等为主要特征。好发于 50 岁以上的中老年，男性略多于女性；呈慢性进程，药物虽可减轻症状，但不能阻止疾病的发展。晚期多因恶液质和肺部感染等并发症而死亡。

（二）病因

目前认为本病是多因素共同作用的结果。除老化和遗传外，环境中某些工业毒物和农业毒物如杀虫剂、除草剂等，可诱发帕金森病症状。

（三）临床表现

起病多缓慢，且呈进行性发展，动作不灵活和震颤为早期首发症状，晚期出现特征表现。

1．震颤　静止时出现，运动时减轻；情绪激动可加重，睡眠时可完全停止。自一侧上肢远端，逐渐扩展到同侧下肢及对侧上下肢。上肢震颤重于下肢，手指呈现“搓丸样动作”。疾

病后期，震颤可累及下颌、口唇、舌和头部。

2．肌强直　多从一侧上肢或下肢近端开始，逐渐蔓延至远端、对侧和全身肌肉，表现为“铅管样强直”，若肌强直与静止性震颤叠加，称“齿轮样强直”。

3．运动迟缓　随意运动始动困难、动作缓慢和活动减少。面肌活动少时称“面具脸”。书写困难，写字时笔迹颤动或越写越小，称“写字过小症”。

4．姿势步态异常　站立时呈低头曲背、前臂内收、肘关节屈曲、腕关节伸直、髋及膝关节略弯曲的特有姿势，行走时呈慌张步态。

5．其他　部分病人可出现精神症状和认知功能障碍，晚期可发生肺部感染、骨折、压疮、抑郁症、痴呆等并发症，影响患者生活质量甚至威胁生命。

（四）治疗要点

以药物治疗为主，辅以行为治疗，必要时手术治疗，从而达到减轻症状，减少并发症，增强自理能力，延长患者生命的目的。药物治疗要尽早。常用药有多巴胺能药物如左旋多巴、复方多巴制剂；抗胆碱药如盐酸苯海索、东莨菪碱等，多巴胺能受体激动剂如溴隐亭等。其中左旋多巴是治疗最有效的药物。左旋多巴不宜与维生素 B_6、利眠宁、氯丙嗪、奋乃静等同服，以免降低疗效或导致体位性低血压。

六、腰椎穿刺术

（一）目的

1．检查脑脊液的性质，以协助诊断中枢神经系统炎症及出血性疾病。
2．测定颅内压，了解蛛网膜下腔有无阻塞。
3．做造影或放射性核素等辅助检查。
4．做腰椎麻醉及鞘内注射药物。
5．可放出少量脑脊液，降低颅内压。

（二）方法

1．取合适体位（去枕侧卧，背齐床沿，低头双手抱膝）。
2．确定穿刺点（第三或第四腰椎间隙）。
3．消毒、铺巾，麻醉。
4．穿刺、放液、测压。
5．拔针，针孔用碘伏消毒后覆盖纱布，以胶布固定。

（三）护理要点

1．穿刺前向患者说明穿刺目的及注意事项，作普鲁卡因试验，并准备腰穿包，嘱患者排空大小便。

2．术中指导患者取合适体位，配合医生消毒、麻醉和穿刺、放液、测压。观察患者反应。

3．腰椎穿刺后穿刺点上覆盖纱布，嘱患者去枕平卧 4～6h。

第九章　精 神 疾 病

复习要求

1. 了解精神病的原因和分类；熟悉常见精神症状的概念及护理。
2. 了解神经症的分类；熟悉神经症的临床特点、治疗原则和护理要点。
3. 熟悉精神分裂症的分型及临床特点、治疗原则和护理要点。

复习内容

一、概述

（一）定义

精神疾病又称精神障碍，是指在各种因素的作用下（包括各种生物学因素、社会心理因素等），造成大脑功能失调，出现感知、思维、情感、行为、意志以及智力等精神运动方面的异常，需要用医学方法进行治疗的一类疾病。

（二）病因及分类

1. 病因

（1）生物学因素：①遗传因素；②躯体因素；③性别因素；④年龄因素。

（2）心理社会因素：①心理素质；②心理应激；③社会因素。

2. 分类　我国精神医学界将精神障碍分为 10 大类：

（1）器质性精神障碍；

（2）精神活性物质所致精神障碍或非成瘾物质所致精神障碍；

（3）精神分裂症和其他精神病性障碍；

（4）心境障碍（情感性精神障碍）；

（5）癔症、严重应激障碍和适应障碍、神经症；

（6）心理因素相关生理障碍；

（7）人格障碍、习惯与冲动控制障碍和性心理障碍；

（8）精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍；

（9）童年和少年期多动障碍、品行障碍、情绪障碍；

（10）其他精神障碍和心理卫生情况。

（三）常见精神症状

1．感觉障碍　是对客观事物个别属性的错误感知。

2．知觉障碍　知觉是客观事物的各种属性综合成一个整体的映像在大脑的反映。当知觉与客观事物不符或缺乏客观事物而产生某种知觉体验时，称知觉障碍。主要有：①错觉：是对客观事物歪曲的知觉。②幻觉：缺乏客观刺激作用于感觉器官而出现的知觉体验，是一种虚幻的知觉。

3．思维障碍　①思维形式障碍；②思维内容障碍。

4．记忆障碍　①错构：指对一个真实事件的回忆中不自觉地添加了错误的细节，但不荒谬。②虚构：在回忆中，将毫无根据的事件说成确有其事，而且内容荒诞。

5．智能障碍。

6．自知力缺乏　自知力是指患者对自己精神疾病的认识和判断能力。神经症患者有自知力，主动就医。精神病患者一般均有程度不同的自知力缺乏，拒绝接受治疗。临床上将有无自知力，以及自知力恢复的程度作为判定病情轻重和病情好转程度的重要指标。自知力完整是精神障碍痊愈的重要指标之一。

7．定向力障碍　定向力指一个人对时间、地点、人物以及对自身状态的认识能力。这种认识能力的丧失或错误称为定向力障碍。

8．情感障碍　情感是人对客观事物能否满足自己需要而产生的一种态度体验。情感障碍是情感反应与外界刺激或思维活动不相适应。

9．意志行为障碍　意志是指按既定目的所做的主观努力和自觉行动，行为是指有动机、有目的的行动。

（四）护理要点

1．一般护理　①安全护理（防止发生自伤、伤人、毁物和其他暴力行为）；②饮食护理；③睡眠护理；④个人卫生护理。

2．危机状态病人的防范与护理　①暴力行为患者的防范与护理；②自杀行为患者的防范与护理；③木僵状态的护理。

二、神经症

（一）定义

神经症又称神经官能症，是一组病因尚未完全明确，不存在器质性病理基础的轻度精神障碍的总称。

（二）分类

①恐怖性神经症；②焦虑性神经症；③强迫性神经症；④抑郁性神经症；⑤疑病性神经症；⑥神经衰弱和癔症。

癔症（hysteria）又称为歇斯底里或分离/转换障碍，是一类由明显的精神因素，如重大生活事件、强烈的内心冲突或情绪体验、暗示或自我暗示作用于易感个体引起的精神障碍。

（三）共同特征

①起病与心理社会因素有关。②有一定的素质和人格基础。③无器质性病变的确定证据。

④无精神病性症状。⑤一般自知力完好，有明显主观痛苦感，有求治愿望。⑥社会功能受到影响但相对保持完整。⑦主要表现有焦虑、恐怖、强迫、抑郁、疑病和神经衰弱等症状。⑧病程多迁延波动。

（四）神经衰弱和癔病的诊断

1. 神经衰弱　①患者病前常有易感素质和性格弱点，并有导致脑功能紊乱的心理社会因素影响；②有脑和植物神经功能紊乱的繁多症状而客观检查并无阳性体征；③病情波动、反复迁延，常受精神因素影响；④能排除其他躯体疾病和精神疾病。

2. 癔症　①患者大多具有癔症性格特征；②发病前常有明显的精神刺激因素；③起病突然，消失快，既往有类似发作史；④症状常有戏剧表演色彩，可因暗示而发生，也可因暗示而消失；⑤客观检查无相应的器质性病变。

（五）神经衰弱和癔病治疗原则

1. 神经衰弱采用综合治疗原则，即心理、药物和物理疗法相结合，并合理安排生活和适当的体育活动。

2. 癔症　①心理治疗：让患者了解疾病的病因和本身的性格弱点，给予必要的心理疏导；尽量减少家人及亲友对患者的不良刺激，发病时应保持冷静，避免刺激患者；②暗示疗法：是消除癔症的有效方法；③必要时辅以其他治疗。

（六）护理要点

1．安全和生活护理　提供安静舒适的环境，减少围观和关注，严格控制探视。对癔症性神游和意识障碍者，加强看护，防止走失或受到伤害。保证患者的营养和睡眠，防止便秘，保持个人卫生。

2．对症护理　癔症性瘫痪者，注意口腔和皮肤护理，定时翻身，防止压疮。配合医生，给予药物、催眠、暗示等治疗。

3．心理护理　建立良好的护患关系，鼓励患者表达、宣泄负性情绪，倾诉其身心感受。指导患者正确看待和评价应激事件，正确看待自身症状，认识自身的性格缺陷，改变不正确的应对方式，教会放松技术。

三、精神分裂症

（一）特点

具有思维、情感、行为等多方面的障碍，以精神活动和周围环境不协调为主要特征。通常无意识和智能障碍。多在青壮年起病，病程迁延，部分患者最终发展为整体功能衰退，但部分可保持痊愈或基本痊愈。

（二）表现

1．感知觉障碍　以幻听为主。

2．思维障碍　联想过程缺乏连贯性和逻辑性是本病具有特征性的症状。最常见的妄想是被害妄想和关系妄想。

3．情感障碍　情感淡漠和情感活动不协调是本病情感障碍的特征

4．意志与行为障碍　主要表现为意志活动减少或缺乏。

（三）临床分类

①偏执型：是最常见的类型；②青春型；③单纯型；④紧张型；⑤未分化型。

（四）治疗要点

原则：以抗精神病药物治疗为主，同时进行心理治疗和社会康复。

1．药物治疗　氯丙嗪是治疗本病的首选药。

2．电抽搐治疗　适用于明显抑郁、木僵、兴奋躁动、自伤、自杀、冲动者，以及药物治疗无效或对药物治疗不能耐受者。

3．心理治疗和社会康复。

（五）护理要点

1．加强安全防范　严格执行病区安全管理与检查制度。对具有恐怖性幻觉、严重罪恶妄想的患者，需设专人护理。易冲动和易激惹者应分开活动与居住。有自杀、自伤倾向者应安置于靠近护士站的大房间，避免单独居住。木僵状态者应安置于单人房间。加强巡视，每 15min 巡视一次，患者入院、返院、探视后，应加强物品管理，严防危险物品带进病房。

2．生活护理　集体进餐，加强进食管理；提供合适环境，促进睡眠；督促病人保持个人清洁卫生，对生活不能自理者做好晨、晚间护理。

3．用药护理　严格执行操作规程，发药到手，看服到口，服后检查口腔、水杯，确保药物到胃，但要注意方式、方法，尊重患者的人格。观察药物的疗效和不良反应。

4．心理护理　主动接触、关心、尊重、接纳病人，温和、冷静、坦诚地对待患者。耐心倾听患者述说，鼓励其用语言表达内心感受和想法。帮助患者稳定情绪，鼓励参加集体活动，淡化不良刺激因素的影响，安排合理工娱活动，增加患者的社会交往，争取病友、家庭及社会支持。

第十章　理化因素所致疾病

复习要求

1. 熟悉急性中毒的病因和表现；掌握急性中毒的概念和抢救原则；掌握催吐、洗胃的适应证、禁忌证和方法。

2. 熟悉急性有机磷农药中毒的原因、发生机制和常用检查；掌握中毒的临床表现、救治措施。

3. 掌握急性一氧化碳中毒的机制、临床表现、救治措施。

4. 掌握中暑的概念及分类，熟悉中暑的临床表现及治疗要点。

复习内容

一、急性中毒总论

（一）中毒的定义

化学物质进入人体，在效应部位积累到一定量，产生损害的全身性疾病称为中毒。引起中毒的化学物质称为毒物。

（二）中毒的原因及毒物的分类

1．职业性中毒。

2．生活性中毒。

（三）中毒的表现

1．皮肤黏膜症状　①灼伤；②发绀；③瞳孔改变。

2．神经系统症状　①昏迷；②谵妄；③惊厥；④瘫痪；⑤精神失常。

3．呼吸系统症状　①呼吸节律、频率、深度改变；②呼吸气味异常；③肺水肿。

4．循环系统症状　①心律失常；②心脏骤停；③休克。

5．泌尿系统症状　少尿以至无尿。

6．血液系统症状　①贫血；②出血。

（四）抢救原则

1. 立即中止接触毒物。

2. 清除进入人体内已吸收或尚未吸收的毒物。（催吐、洗胃、导泻、利尿、透析）。

3. 如有可能，立即使用特效解毒剂。依地酸二钠钙多用于铅中毒，二巯基丙醇用于治疗锑、铅、汞、砷、铜等中毒。高铁血红蛋白血症用小剂量亚甲蓝（即美蓝）静脉注射解毒。

氰化物中毒用亚硝酸盐-硫代硫酸钠疗法。有机磷农药中毒用阿托品、解磷定等。鸦片类麻醉药中毒用纳洛酮解毒。苯二氮卓类（如地西泮、利眠宁等）中毒用氟马西尼拮抗。

4. 积极对症治疗。

（五）护理要点

1．催吐　神志清楚、能合作的服毒者，可行催吐。让患者饮温水 300～500mL，然后用压舌板或患者手指刺激咽后壁或舌根部引起呕吐。如此反复进行，直到胃内容物完全吐净为止。昏迷、惊厥患者，以及口服腐蚀剂或煤油、汽油者不应催吐。吞服腐蚀性毒物者若使用催吐可能引起食管、胃出血或穿孔。

2．洗胃　为迅速清除胃内毒物的有效方法。洗胃应尽早进行，一般在服毒后 6h 内洗胃有效，但超过 6h，由于部分毒物仍可滞留在胃内，故多数有洗胃的必要。

（1）禁忌证：①服强腐蚀性毒物者插管时，可能发生穿孔，一般不宜洗胃；②惊厥者插管可诱发惊厥，昏迷者插管可产生吸入性肺炎，故均应慎重操作。

（2）洗胃液的选用：①一般可用温开水，若已知毒物种类，可选择适当的溶液或加入相应解毒剂。②如为汽油、煤油等有机溶剂时，可先用液体石蜡 150～200mL，使其溶解而不被吸收，然后再洗胃；③吞服腐蚀性毒物后，可用牛奶、蛋清、米汤、植物油等保护胃肠道黏膜；吞服强酸可采用弱碱如氢氧化铝凝胶中和，强碱可用弱酸如稀醋中和；④活性炭是强有力的吸附剂，可吸附多种毒物，一般可用 20～30g 加水 200mL，由胃管灌入。

（3）注意事项：插胃管时应该避免误入气管，胃管插入胃内后应先吸出所有胃内容物然后灌洗。洗胃时病人取取左侧卧位，头部稍低，以免洗胃液误吸入气管内。每次注入液量 200～250mL，不宜过多，以免促使毒物进入肠内。撤管时先将管口夹住，以免管内液体反流入气管。

二、有机磷杀虫药中毒

（一）发生机制

有机磷进入体内后，迅速与胆碱酯酶结合，形成磷酰化胆碱酯酶，使其失去分解乙酰胆碱的能力，导致乙酰胆碱在体内大量蓄积，引起胆碱能神经先兴奋后抑制，从而引发多种临床表现。

（二）临床表现

1. 毒蕈碱样症状（出现最早，主要为腺体分泌亢进和平滑肌痉挛所致）

（1）消化道症状：恶心、呕吐、腹痛、腹泻及大小便失禁。

（2）腺体分泌增多：流汗、流泪、流涎。

（3）呼吸道症状：咳嗽、胸闷、呼吸困难，严重者出现肺水肿。

（4）瞳孔括约肌收缩：瞳孔缩小，对光反射消失，视力模糊。

2. 烟碱样症状（为交感神经节和横纹肌活动异常所致）

（1）肌纤维震颤：全身紧束感，甚至全身肌肉抽搐，严重者可转为抑制，出现肌无力，瘫痪，最后可因呼吸肌麻痹而死亡。

（2）血压增高和心律失常。

3. 中枢神经系统症状

（1）轻者出现头晕、头痛、易倦、嗜睡。

（2）重者意识模糊甚至昏迷或发生癫痫样发作。

（3）更严重者可因呼吸衰竭或脑水肿而死亡。

4. 迟发性神经病　个别患者在重度中毒症状消失后 2～3 周可发生迟发性神经损害，出现感觉、运动型多发性神经病表现，称为迟发性神经病。

5. 中间综合征　少数病例在症状缓解后和迟发性神经病发生前（约中毒后 24～96h）突发死亡，称为中间综合征。

（三）诊断依据

1．有机磷杀虫药接触史。

2．临床症状和典型体征（大汗、瞳孔缩小、肌束震颤）。

3．全血胆碱酯酶活力测定。

（四）抢救措施

1. 迅速清除毒物

（1）皮肤染毒：撤离中毒现场，脱去污染衣物，用肥皂水或大量清水冲洗皮肤、毛发和指甲。

（2）口服中毒：用清水或 2%碳酸氢钠溶液（敌百虫中毒忌用）或 1∶5000 高锰酸钾（对硫磷中毒忌用）溶液彻底洗胃，然后用硫酸钠导泻。

（3）眼部污染：可用生理盐水连续冲洗。

2. 解毒药物的应用

（1）阿托品：可减轻或消除毒蕈碱样症状和中神经系统症状；使用原则为早期、足量及反复给药，直到毒蕈碱样症状明显好转或有阿托品化表现（瞳孔较前扩大，颜面潮红，口、皮肤干燥，肺部湿啰音减少或消失，心率加快）为止；但应避免阿托品中毒（瞳孔散大，颜面绯红，高热，神志模糊，狂躁不安，谵妄抽搐，心动过速和尿潴留；严重者可出现昏迷）。

（2）胆碱酯酶复能剂（如氯磷定、解磷定）：可使胆碱酯酶恢复活性，解除烟碱样症状；使用原则为早期给药（防止酶的老化），重复给药（药物排泄快）。

三、一氧化碳中毒

（一）中毒机制

一氧化碳（CO）是一种无色、无味、无臭对呼吸道无刺激的窒息性气体，凡含碳物质在燃烧不完全时，都会产生一氧化碳，如防护不周或通风不良时，吸入过量一氧化碳而发生中毒。一氧化碳经呼吸道被吸收入血液后，与血红蛋白结合形成稳定的碳氧血红蛋白。使血液中的血红蛋白失去携氧能力而造成低氧血症，引起组织缺氧。一氧化碳的浓度过高时，还可以与细胞色素氧化酶的铁结合，直接抑制组织细胞的内呼吸，阻碍其对氧的利用，引起细胞内窒息，神经细胞对缺氧最敏感，故脑组织最先受累，轻者仅头晕、头痛、乏力、心悸，继而出现意识障碍。严重时可导致脑水肿、肺水肿，并可因缺氧窒息造成死亡。

（二）临床表现

1. 急性中毒分级

（1）轻度中毒：血中碳氧血红蛋白为 10%～30%；头痛、眩晕、恶心、呕吐、心悸、四肢无力、视物不清、嗜睡或有短暂昏厥；脱离中毒环境，吸入新鲜空气，数小时后可恢复正常。

（2）中度中毒：血中碳氧血红蛋白为 30%～50%；常出现浅昏迷，面色潮红，口唇呈樱桃红色，脉快多汗；经抢救数小时后可清醒，1～2 天恢复正常。

（3）重度中毒：血中碳氧血红蛋白为>50%；陷入深度昏迷，若出现各种并发症示预后不良；最后可因脑水肿、呼吸循环衰竭而危及生命。

2. 迟发型脑病

（1）定义：急性一氧化碳中毒患者在清醒后，经过 2～60 天的“假愈期”后，突然又出现神经精神症状，称为迟发型脑病。

（2）主要表现：①精神意识障碍（如呈谵妄状态，痴呆状态，去大脑皮质状态）；②锥体外系神经障碍（出现震颤麻痹综合征）；③锥体系神经障碍（如偏瘫或病理反射阳性）；④大脑皮层局灶性功能障碍（如失明、失语、继发性癫痫）。

（三）诊断

1. 一氧化碳接触史。
2. 典型临床表现。
3. 碳氧血红蛋白测定。

（四）抢救措施

1. 急救措施　将患者转移到空气新鲜处，注意保暖，保持呼吸道通畅。
2. 纠正缺氧　轻度患者面罩或鼻导管给氧；中、重度患者宜首选高压氧舱治疗。
3. 防止脑水肿。
4. 对症治疗　如抗休克，解痉，降温，促进脑细胞功能恢复等。
5. 防治并发症和迟发型脑病。

四、中暑

（一）概述

中暑是指在高温环境下或受烈日曝晒引起体温调节中枢功能障碍、汗腺功能衰竭和水、电解质丢失过多为特征的疾病。根据发病机制的不同，中暑可分为热痉挛、热衰竭和热射病三种。

（二）病因、诱因

1．职业性　从事炼钢、烧窑、炼铁等高温环境工作者，车站、码头搬运、装卸等重体力劳动者不注意个人防护、合理休息可引起中暑。

2．生活性　夏季防暑降温措施不当，作息不合理。

（三）临床表现

1．热痉挛（中暑痉挛）　以对称性、阵发性四肢肌肉无力、痉挛和疼痛为主要表现，以腓肠肌痉挛最为多见，体温多正常。与大量出汗后口渴而饮水过多，盐分补充不足，使血液中钠、氯浓度降低有关。

2．热衰竭（中暑衰竭）　最常见。由于大量出汗导致水、盐丢失，血液浓缩，循环血量减少引起虚脱或循环衰竭，主要表现头痛、头晕、口渴、出冷汗、皮肤苍白、脉搏细数、血压下降、意识模糊等，体温基本正常。

3．热射病（中暑高热）　是一种致命性急症，以高热、无汗、意识障碍为典型表现。由于高温环境下大量出汗仍不足以散热或体温调节功能障碍致出汗减少或汗闭，可造成体内热蓄积。早期表现头痛、头昏、全身乏力、多汗，不久体温迅速升高，可达 40℃以上。

（四）防治要点

迅速将患者移至阴凉通风处。快速降温，补充水、电解质，纠正酸中毒，防治脑水肿，

1．热衰竭　纠正血容量不足，静脉补充生理盐水及葡萄糖液、氯化钾。

2．热痉挛　给予含盐饮料，若痉挛性肌肉疼痛反复发作，可静脉滴注生理盐水。

3．热射病　迅速采取各种措施降温，并对症治疗。补充水、电解质。

（1）物理降温：头带冰帽，颈部、腋窝、腹股沟等处放置冰袋；也可用乙醇擦浴，肛温降至 38℃时暂停。中暑高热伴休克时最适宜的降温措施为动脉快速推注 4℃5%葡萄糖盐水。

（2）化学降温：与物理降温同时进行效果较好。常用药物为氯丙嗪。

（3）对症治疗　抽搐时可肌内注射地西泮 10mg 或用 10%水合氯醛 10～20ml 保留灌肠。昏迷者应保持呼吸道通畅并给氧，酌情用抗生素，防治感染。脱水、酸中毒者应补液、纠正酸中毒。并发休克、脑水肿、心力衰竭、急性肾衰竭或 DIC 时，应及时给予相应治疗。

（五）健康教育

1．防暑知识教育　老年人、孕妇或慢性疾患者，在高温季节应注意个人防护。在烈日下行走或劳作时须带凉帽，穿宽松透气浅色衣服，配备防暑药品。高温作业人员每天应摄取含盐 0.3%的清凉饮料。及早识别中暑症状，如头晕、心悸、胸闷、恶心、四肢乏力等。

2．改善劳动和居住条件　加强隔热、通风、遮阳、降温等措施，合理调整夏季作息时间。

第十一章　常见传染病

复习要求

1. 熟悉传染病、传染源、消毒、散发、流行等概念；熟悉传染病的基本特征和流行条件；掌握传染病的预防措施。

2. 熟悉病毒性肝炎的传播途径、临床表现、防治要点；掌握乙肝患者的护理要点和健康教育。

3. 熟悉艾滋病的病因、传播途径、临床表现、防治要点；掌握艾滋病患者的护理要点和健康教育。

复习内容

一、总　述

（一）基本概念

1. 传染病　传染病是由病原微生物和寄生虫感染人体后引起的有传染性的疾病。

2. 流行性　传染病在一定条件下能在人群中广泛传播蔓延的特点称为流行性。

3. 散发　散发是指某传染病在某地区常年一般发病水平。

4. 暴发　暴发是指在一个较小的范围内短时间突然出现大批同类传染病患者，这些病例多由同一传染源或共同的传播途径引起。

5. 流行　流行是指某传染病在某地发病率显著高于近年来的一般水平（一般 3～10 倍）。

6. 大流行　某传染病在一定时间内流行范围甚广，超出国界或洲界时称为大流行。

7. 传染源　传染源是指体内有病原体生长、繁殖，并能将其排出体外的人和动物。

8. 传播途径　病原体离开传染源到达另一个易感者的途径。

9. 消毒　消毒是指用化学、物理、生物的方法杀灭或消除环境中的病原微生物。

（二）感染和感染过程中的不同表现

感染是病原体与人体相互作用、相互斗争的过程。由于病原体的致病能力和人体免疫机能的不同，双方斗争的结果也各异，可表现为①病原体被消除；②隐性感染；③显性感染；④病原携带状态；⑤潜伏性感染。其中以隐性感染最常见，病原携带状态次之，显性感染最低。五种表现形式，在一定条件下可互相转化。

（三）传染病的基本特征和临床特点

1. 基本特征　①有病原体；②有传染性；③有流行病学特征；④有感染后免疫。

2. 临床特点　急性传染病的发生、发展和转归，通常分为①潜伏期；②前驱期；③症状明显期；④恢复期 4 个阶段。传染病常见症状和体征有发热、发疹和毒血症状。

（四）传染病的流行过程及影响因素

传染病的流行过程是指传染病在人群中发生、发展和转归的过程。传染病流行的三个基本条件，即传染源、传播途径和易感人群。流行过程本身又受社会因素和自然因素的影响。

1．传染源　包括患者、隐性感染者、病原携带者和受感染动物。

2．传播途径　主要有呼吸道传播；消化道传播；接触传播；虫媒传播；血液、体液传播等。

3．人群易患性　对某些传染病缺乏特异性免疫力的人称为易患者，当易患者在某一特定人群中的比例达到一定水平，又有传染源和合适的传播途径时，则容易发生该传染病的流行。

（五）传染病的预防

预防工作应针对传染病流行过程的三个基本环节采取综合性措施。

1. 管理传染源

（1）对传染病患者的管理：应尽量做到“ 五早 ”，即早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。甲类传染病为强制管理的传染病，城镇要求发现后 6h 内上报当地卫生防疫机构，农村不超过 12h。乙类传染病为严格管理的传染病，要求于发现后 12h 内上报当地卫生防疫机构。丙类传染病为监测管理传染病，要求于发现后 24h 向当地卫生防疫机构报告疫情。

（2）对传染病接触者的管理：根据所接触的传染病和接触者的健康状况，分别进行医学观察、留验、必要的卫生处理、紧急免疫接种或预防服药。

（3）对病原携带者的管理：定期普查争取早发现，发现病原携带者应做好登记，加强管理，随访观察，必要时进行隔离治疗、调整工作岗位等。

（4）对动物传染源的管理　应根据其病种和经济价值给予隔离、治疗或杀灭。

2. 切断传播途径　消毒是切断传染途径的重要措施。消毒分疫源地消毒（包括随时消毒与终末消毒）及预防性消毒两大类。

3. 提高人群免疫力　预防接种对传染病的控制和消灭起着关键的作用。接种疫苗、菌苗、类毒素等之后可使机体对相应的病毒、细菌、毒素等产生特异性主动免疫能力；注射抗毒素、特异性免疫球蛋白后，可使机体具有特异性被动免疫。

（六）传染病病人的护理要点

①降低体温；②保持皮肤、黏膜完整；③严格隔离和消毒，防止传染病传播；④补充营养和水分；⑤用药护理；⑥心理护理。

二、病毒性肝炎

（一）定义

病毒性肝炎简称肝炎，是由多种肝炎病毒引起的以肝脏损害为主的全身性传染病。

（二）病因、发病机制

1．病原学　目前确定的肝炎病毒有甲型、乙型、丙型、丁型及戊型。①甲肝病毒（HAV）

属嗜肝 RNA 病毒，主要在肝细胞内复制，随胆汁进入肠道后随粪便排出；②乙肝病毒（HBV）属嗜肝 DNA 病毒， HBV 在肝细胞内合成后释放入血，可同时存在于唾液、精液及阴道分泌物等体液中。③丙肝病毒（HCV）属黄病毒科，为单股正链 RNA 病毒，易变异。④丁肝病毒（HDV）是一种缺陷 RNA 病毒，位于细胞核内，以 HBsAg 作为病毒外壳，与 HBV 共存时才能复制。⑤戊肝病毒（HEV）为单股正链 RNA 病毒，主要在肝细胞内复制，通过胆道排出，可从患者粪便中检出。

2．发病机制　在感染早期，HAV 大量繁殖使肝细胞轻微破坏，之后通过免疫反应引起肝细胞损伤。乙肝的肝细胞损伤主要由 HBV 诱发的免疫反应引起，机体免疫功能正常时，多为急性肝炎；免疫功能低下时，可导致慢性肝炎；当机体处于超敏反应时，导致大量肝细胞坏死，发生重型肝炎。

（三）流行病学

1. 传染源　甲型和戊型肝炎的传染源为急性病人和隐性感染者，在发病前 2 周至起病后 1 周传染性最强。乙型、丙型、丁型传染源为急、慢性病人和病毒携带者，其中慢性病人和病毒携带者是主要传染源。

2. 传播途径　甲型肝炎和戊型肝炎主要经粪-口途径传播。污染的水源或食物可引起暴发流行。血液、体液传播是乙型、丙型及丁型肝炎的主要传播途径，母婴传播也是乙型肝炎的重要传播途径。

3. 人群易患性　普遍易感，感染后可产生一定的免疫力，各型肝炎之间无交叉免疫。

4. 流行特征　各型肝炎以散发性发病为主，水源和食物的污染可引起甲肝和戊肝的暴发流行。乙肝有家庭聚集现象。

（四）临床表现

1. 潜伏期　甲型肝炎 5～45d，平均 30d；乙型肝炎 30～180d，平均 70d；丙型肝炎 15～150d，平均 50d；丁型肝炎 28～140d，平均 30d；戊型肝炎 10～70d，平均 40d。

2. 临床分类和分型　甲型及戊型主要表现为急性肝炎。而部分乙型、丙型及丁型可转化为慢性肝炎并可发展为肝硬化，且与肝癌的发生有密切的关系，丙型肝炎最易慢性化。

（1）急性肝炎：分为急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎两型。

（2）慢性肝炎：肝炎病程超过半年者。仅见于乙、丙、丁型肝炎。根据肝功能损害的程度可分为轻、中、重三度。

（3）重型肝炎：是一种最严重的临床类型，各型肝炎均可引起，病死率可高达 50%～80%。根据起病急缓，分为急性、亚急性和慢性三种，以慢性重型肝炎最为常见。

（4）淤胆型肝炎：又称毛细胆管炎型肝炎，以肝内胆汁淤积为主要表现。

（5）肝炎后肝硬化：在肝炎基础上出现肝硬化病理变化，表现为肝功能减退及门静脉高压征。

3．临床表现

各型病毒性肝炎临床表现相似，以疲乏、食欲减退、厌油、肝功能减退等为主，部分病例出现黄疸。重型肝炎主要表现为肝衰竭，可有肝性脑病、肝臭、出血倾向、腹水等。急性

肝炎时肝肿大、质地软、有轻度压痛及叩击痛，部分病人有轻度脾大。慢性肝炎时患者有肝病面容，肝大、质地中等，蜘蛛痣、肝掌，脾大等。重型肝炎患者肝脏缩小。

（五）辅助检查

1．肝功能检测

1）血清酶检查：丙氨酸氨基转移酶（ALT）在肝功能检测中最为常用，是判定肝细胞损害的重要指标。急性黄疸型肝炎常明显升高，黄疸出现后开始下降；慢性肝炎可持续或反复升高；重型肝炎时因大量肝细胞坏死，ALT 随黄疸迅速加深而下降，称为胆-酶分离现象。

2）血清蛋白检测：清蛋白下降、球蛋白升高和清/球（A/G）比值下降，见于慢性肝病。

3）血清胆红素检测：黄疸型肝炎时，结合型和非结合型胆红素均升高。淤胆型肝炎则以结合型胆红素升高为主。

4）凝血酶原活动度（PTA）检测：PTA 与肝细胞损害程度成反比，可用于重型肝炎临床诊断及预后判断。重型肝炎 PTA 常<40%，PTA 愈低，预后愈差。

2．肝炎病毒标记物检测

（1）甲型肝炎：血清抗-HAV-lgM 是甲肝病毒（HAV）近期感染的指标，是确诊甲型肝炎最主要的标记物。血清抗-HAV-lgG 为保护性抗体。见于甲型肝炎疫苗接种后或既往感染 HAV 的患者。

（2）乙型肝炎

1）表面抗原（HBsAg）与表面抗体（抗-HBs）：HBsAg 阳性见于乙肝病毒（HBV）感染者，常作为其传染性标志之一。表面抗体（抗-HBs）为保护性抗体，阳性表示对 HBV 有免疫力，见于乙型肝炎恢复期、乙肝疫苗接种后或既往感染者。

2）e 抗原（HBeAg）和 e 抗体（抗-HBe）：HBeAg 阳性提示 HBV 复制活跃，传染性较强，持续阳性提示患者已转为慢性。抗-HBe 阳性提示 HBV 复制减少，传染性降低。

3）核心抗原（HBcAg）和核心抗体（抗-HBc）：HBcAg 主要存在于受感染的肝细胞核内，如检测到 HBcAg，表明 HBV 有复制，但因检测难度大，一般不用于常规检测。高滴度抗-HBc 表示体内有 HBV 活动性复制，抗-HBc-lgM 阳性表示 HBV 的近期感染或活动期，抗-HBc-lgG 阳性表示 HBV 既往感染。

4）乙肝病毒的 DNA 和 DNA 聚合酶（DNAP）：均位于 HBV 的核心部分，是反映 HBV 感染最直接、最特异和最灵敏的指标。两者阳性提示 HBV 的存在、复制，传染性强。HBV-DNA 定量检测有助于抗病毒治疗病例的选择及疗效判断。

（3）丙型肝炎：丙肝病毒核糖核酸（HCV-RNA）为抗病毒治疗病例选择及判断疗效的重要指标。丙肝病毒抗体（抗-HCV）是丙肝病毒感染的标记。抗-HCV-lgM 见于丙型肝炎急性期，病愈后消失。

（4）丁型肝炎：血清或肝组织中 HDAg 和（或）HDV-RNA 阳性有确诊意义。

（5）戊型肝炎：常检测抗-HEV-lgM 及抗-HEV-lgG。近期感染需结合临床进行判断。

（六）防治要点

1．治疗原则　以适当休息、合理营养为主，辅以适当药物治疗，避免饮酒和使用对肝脏

有损害的药物。急性肝炎一般以支持疗法、对症治疗为主，慢性肝炎病人可采用干扰素、阿糖胞苷、阿昔洛韦、聚肌胞等抗病毒治疗，还可采用胸腺素、白细胞介素Ⅱ等免疫调节治疗。重症肝炎早期监护治疗是提高存活率的关键，采取综合治疗措施，防止病情恶化。

2．预防措施

（1）控制传染源：甲、戊型肝炎按肠道传染病隔离 3～4 周；乙、丙、丁型肝炎按血源性和接触性传染病隔离。乙型肝炎 HBsAg 携带者需要随诊，不应从事幼儿、自来水、血制品等工作，不能献血。

（2）切断传播途径：搞好环境和个人卫生，做好“三管一灭”，切断粪-口途径传播。对乙、丙、丁型肝炎，重点防止通过血液和体液传播。

（3）保护易感人群

1）甲型肝炎：对婴幼儿、儿童及其他易感人群接种甲型肝炎减毒活疫苗，以获得主动免疫；对与甲型肝炎患者有密切接触的易感者，可注射丙种球蛋白进行被动免疫预防，时间越早越好。

2）乙型肝炎：乙肝疫苗作为儿童基础免疫进行普种，尤其是母亲为 HBsAg 阳性的新生儿，为阻断母婴传播，最适宜的预防方法是应用乙肝疫苗+高效价乙肝免疫球蛋白注射。乙肝疫苗应在出生后 24h 内初种，采用 0、1、6 月的接种程序。乙肝免疫球蛋白（HBIG）主要用于暴露后的易感者保护，应及早注射。HBeAg 及抗-HBc-lgM 阳性的母亲不宜母乳喂养。

（七）护理要点

①严格隔离、消毒，避免传染；②合理安排休息与活动；③饮食护理；④对症护理；⑤用药护理；⑥病情监测与并发症防治。

（八）健康教育

1. 向患者及家属宣传病毒性肝炎的家庭护理和自我保健知识。

2. 进行预防疾病指导　甲型和戊型肝炎应预防消化道传播，重点在于加强粪便管理，严格饮用水的消毒，加强食品卫生和食具消毒。乙、丙、丁型肝炎预防重点则在于防止血液和体液传播。对供血者进行严格筛查。凡接受输血、大手术及应用血制品的患者，定期检查肝功能及肝炎病毒标记物。接触患者后用肥皂和流动水洗手。

3. 预防接种 指导患者及家属进行正确的预防接种。

三、艾滋病

（一）定义

获得性免疫缺陷综合征（简称 AIDS），中文译名艾滋病，是由人免疫缺陷病毒（HIV）引起的慢性传染病。

（二）病因、发病机制

1．病原学　HIV 属于反转录病毒科，为单链 RNA 病毒。

2．发病机制　HIV 主要侵犯和破坏 $CD4^+$T 淋巴细胞，在细胞内大量复制而造成细胞溶解或破裂，使 $CD4^+$T 淋巴细胞数量减少，机体细胞免疫功能受损，引起机会性感染及恶性肿瘤。

3．流行病学

（1）传染源：病人及 HIV 携带者是本病的传染源， HIV 主要存在于感染者的血液、精液、子宫和阴道分泌物中，其他体液如乳汁、唾液、泪液、脑脊液中也有。

（2）传播途径：①性接触传播是主要传播途径，同性恋、异性恋均可传播；②血液传播：共用污染的注射器和输入污染 HIV 的血液及血制品均可引起艾滋病的传播；③母婴传播：感染 HIV 的孕妇可在妊娠期间、产程及产后传播给婴儿。④其他途径：器官移植或人工授精等。

（3）人群易患性：人群普遍易感，高危人群有：①同性恋者或性乱交者；②静脉药物依赖者；③血友病病人及血制品使用者；④感染 HIV 的母亲所生的婴儿。

（4）流行特征：世界上已经有 150 多个国家发现艾滋病。

（二）临床表现

潜伏期一般为 2～10 年。依病情进展可分 I 期（急性感染期）、 II 期（无症状感染期）、III期（持续性全身淋巴结肿大综合征）和IV期（典型艾滋病期）4 期。

1．分期及表现

（1）I 期（急性感染期）：原发 HIV 感染后可出现发热、全身不适、头痛、厌食、恶心、关节痛和淋巴结肿大等症状。

（2）II 期（无症状感染期）：临床上没有任何症状，但血清中能检测出 HIV 以及 HIV 抗体。

（3）III期（持续性全身淋巴结肿大综合征）：主要表现为除腹股沟淋巴结以外，全身其他部位另有两处或两处以上淋巴结肿大。

（4）IV期（典型艾滋病期）：是艾滋病的最终阶段，易发生机会性感染及恶性肿瘤。肺孢子虫肺炎最为常见，是本病机会性感染死亡的主要原因。其次念珠菌、疱疹和巨细胞病毒引起口腔和食管炎症或溃疡亦常见，还可出现皮肤、粘膜、脑和脑膜等的炎症。可有多脏器卡波西肉瘤和淋巴瘤。

（四）辅助检查

1．免疫学检查　T 淋巴细胞绝对值下降，$CD4^+$T 淋巴细胞计数下降，$CD4^+/CD8^+$比值<1.0。此检查有助于判断治疗效果及预后。

2．血清学检查　抗-HIV 或 HIV 抗原阳性。HIV 抗体检测是目前确定有无 HIV 感染最简单有效的方法

3．HIV-RNA 的定量检测　既有助于诊断，又可判断治疗效果及预后。

（五）防治要点

1．治疗　对艾滋病目前尚无特效疗法，多采用综合治疗。包括抗病毒治疗，增强机体免疫功能，机会性感染和肿瘤等的对症、支持治疗以及心理关怀等。早期抗病毒治疗是关键，它既可以缓解病情，减少机会性感染和肿瘤，又能预防或延缓艾滋病相关疾病的发生。

2．预防

（1）管理传染源：及时发现病人及无症状携带者，并做好隔离工作，对病人的血液和体液进行严格消毒处理，加强入境检疫。

（2）切断传播途径：加强宣传教育，严禁吸毒及不洁性行为。严格筛选供血人员，严格

检查各种血制品。加强医疗器械的消毒，推广一次性医疗用品，防止医源性传播。已感染 HIV 的育龄妇女应避免妊娠，已受孕者应终止妊娠。

（3）保护易感人群：对密切接触者和医护人员应加强自身防护，并做定期检查。

（六）护理措施

①严格隔离；②生活护理；③严密观察病情变化；④对症护理；⑤用药护理；⑥心理护理。

（七）健康教育

1．向病人及家属进行疾病知识教育　①解释艾滋病的治疗方法、药物的使用方法及不良反应；②机会性感染的表现和防治措施；③实施家庭隔离的方法和重要性，病人的生活用品应单独使用和定期消毒；④指导病人加强营养；⑤鼓励病人对疾病勇敢面对、积极治疗。

2．对 HIV 携带者的知识教育　①避免不安全性行为；②不要与他人共用注射器、剃须刀、指甲剪等；③育龄妇女应避免妊娠，已受孕者应终止妊娠；④每 3～6 月做一次临床及免疫学检查，如出现症状随时就诊，及早治疗。

3．广泛宣传艾滋病的预防知识　使群众了解艾滋病的传播途径；认识本病对个人、家庭及社会造成的危害；了解自我防护措施，特别是应加强性道德教育，洁身自爱，严禁吸毒，在日常生活中防止共用被血污染的物品，如牙签、牙刷、剃须刀等，严格检验血液及血制品，使用一次性注射器，防止医源性传播。宣传如何与艾滋病病人进行正常的接触和社交活动，告知群众一般的社交活动如握手、共同进餐、共用办公用品等不会传播本病。

内科护理学题型示例

一、名词解释

慢性支气管炎	支气管哮喘	哮喘持续状态	干性支气管扩张
医院获得性肺炎	社区获得性肺炎	原发综合征	肺性脑病
呼吸衰竭	慢性肺源性心脏病	COPD	肺源性呼吸困难
咯血	三凹征	心源性呼吸困难	心源性水肿
心力衰竭	心源性哮喘	心源性晕厥	期前收缩
联合瓣膜病	高血压病	高血压危象	高血压脑病
冠心病	心绞痛	心肌梗死	心律失常
心房颤动	房室传导阻滞	莫氏Ⅰ型	莫氏Ⅱ型
阿-斯综合征	呕血	消化性溃疡	急性胰腺炎
肝硬化	肝肾综合征	肝性脑病	上消化道出血
膀胱刺激征	蛋白尿	镜下血尿	镜下脓尿
肾盂肾炎	无症状性菌尿	肾功能衰竭	管型
贫血	缺铁性贫血	再生障碍性贫血	白血病
甲亢	糖尿病	系统性红斑狼疮	晨僵
风湿性疾病	瘫痪	三偏征	急性脑血管病
脑梗死	癫痫持续状态	交叉瘫	错觉
幻觉	自知力	癔症	神经衰弱
腹膜刺激征	脑膜刺激征	中毒	阿托品化
中暑	中间综合征	传染源	消毒

二、判断题

1．肺气肿患者的语颤常减弱或消失。（　　）
2．剑突下出现心脏搏动，多提示有右心室肥大。（　　）
3．肺性脑病是肺心病的首要死因。（　　）
4．支气管哮喘常呈吸气性呼吸困难。（　　）
5．肺炎球菌肺炎在发病的第一天即可查到肺实变体征。（　　）
6．肺炎球菌肺炎治愈后肺组织可完全恢复正常。（　　）
7．支气管扩张患者的痰液量大且分层。（　　）
8．II 型呼吸衰竭的氧疗原则是高浓度给氧，尽快纠正缺氧状态。（　　）
9．高血压可导致左心室后负荷过重。（　　）
10．左心功能不全的特征性表现为夜间阵发性呼吸困难。（　　）
11．心源性水肿最先出现在身体的下垂部位。（　　）

12．长期高血压可引起心、脑、肾、眼底等靶器官损害。（　　）
13．左心衰进一步发展，出现右心衰时，肺淤血症状可减轻。（　　）
14．主动脉瓣关闭不全的杂音出现在收缩期。（　　）
15．二尖瓣狭窄可引起左心房和右心室肥大，心浊音界呈梨形。（　　）
16．在门诊随机测量血压时达到高血压标准，即可诊断为高血压。（　　）
17．高血压病一旦确诊，通常需要终身治疗。（　　）
18．低密度脂蛋白胆固醇含量与冠心病发生呈正相关。（　　）
19．心绞痛发作时，首要的选择应立即去医院就医。（　　）
20．自发性心绞痛的发作多与心肌耗氧量的增加有关。（　　）
21．CK-MB 的测定对急性心肌梗死具有早期诊断意义。（　　）
22．病毒性心肌炎的病因以柯萨奇病毒最为常见。（　　）
23．只要出现室性早搏，肯定是器质性心脏病。（　　）
24．房性早搏的 P’-R 间期应<0.12s。（　　）
25．治疗室性早搏的首选药物是利多卡因。（　　）
26．阵发性室上性心动过速可见于无器质性心脏病的人。（　　）
27．阵发性室性心动过速可通过刺激迷走神经制止发作。（　　）
28．重度房室传导阻滞可出现阿-斯综合征。（　　）
29．室颤常选用同步直流电复律。（　　）
30．慢性胃炎的最主要病因是幽门螺杆菌感染。（　　）
31．急性穿孔是消化性溃疡最常见的并发症。（　　）
32．质子泵抑制剂是抑制胃酸分泌作用最强的药物。（　　）
33．消化性溃疡合并大出血时，须常规禁食 1～3 天。（　　）
34．水肿型是急性胰腺炎的最常见类型。（　　）
35．治疗急性胰腺炎患者的腹痛，以吗啡疗效最佳。（　　）
36．肝性脑病是肝硬化的最主要死因。（　　）
37．肝性脑病治疗时可用碱性溶液灌肠。（　　）
38．腹水是肝硬化最突出的体征。（　　）
39．肾盂肾炎最常见的感染途径是血行感染。（　　）
40．泌尿系感染以男性多见。（　　）
41．尿细菌学检查阳性是诊断泌尿系感染的主要依据。（　　）
42．红细胞管型对肾盂肾炎具有诊断意义。（　　）
43．慢性肾盂肾炎常可出现肾盂肾盏变形。（　　）
44．尿毒症患者的贫血多为小细胞低色素性贫血。（　　）
45．尿毒症患者应以补充植物蛋白为主，减少动物蛋白的摄入。（　　）
46．补充铁剂是治疗贫血的首要措施。（　　）
47．慢性失血是缺铁性贫血最常见原因。（　　）
48．再生障碍性贫血的骨髓象特点是巨核细胞增多。（　　）
49．重型再障患者常表现为全血细胞减少。（　　）

50．缺铁性贫血是最常见的贫血类型。（　）
51．慢性淋巴细胞性白血病的显著特征是脾脏肿大。（　）
52．中枢神经系统白血病常发生在缓解期。（　）
53．骨髓细胞学检查是诊断白血病的最主要依据。（　）
54．化疗是目前治疗白血病的主要措施。（　）
55．慢性粒细胞性白血病的临床特征是巨脾征。（　）
56．甲状腺肿大与甲亢症状轻重无明显关系。（　）
57．抗甲状腺药物治疗是甲亢的基础治疗。（　）
58．糖尿病肾病是 1 型糖尿病的主要死因。（　）
59．胰岛素是治疗 2 型糖尿病的首选药物。（　）
60．抢救糖尿病酮症酸中毒的首要措施是补液。（　）
61．类风湿性关节炎不会出现关节畸形。（　）
62．几乎所有系统性红斑狼疮病人肾组织均有病理变化。（　）
63．TIA 属于缺血性脑血管病。（　）
64．只要是夜间发生的脑血管意外，肯定是脑血栓形成。（　）
65．脑出血的 CT，局部可呈低密度阴影。（　）
66．癫痫患者的治疗中症状控制后即可停药。（　）
67．内囊病变常引起三偏征。（　）
68．脊髓横贯性损伤常出现交叉瘫。（　）
69．急性脑血管病以脑血栓形成最多见。（　）
70．急性脑出血病情严重，应尽快送往大医院治疗。（　）
71．意识模糊的主要表现是定向障碍。（　）
72．脑出血患者可静滴低分子右旋糖酐改善微循环。（　）
73．神经症患者常无精神病性症状。（　）
74．癔症发作可因暗示而发生，也可因暗示而消失。（　）
75．精神分裂症通常伴有意识和智能障碍。（　）
76．右上叶中央型肺癌 X 胸片呈倒“ S ”形。（　）
77．肺鳞癌多见于老年男性，与吸烟有密切关系。（　）
78．房颤患者的心率与脉率不一致。（　）
79．抗结核药物治疗以早期、联合、适量、规律、全程为原则。（　）
80．显微镜下每高倍视野红细胞超过 3 个为镜下血尿。（　）
81．引起缺铁性贫血的主要原因是铁摄入不足。（　）
82．糖皮质激素是防治哮喘发作最主要的抗炎药。（　）
83．口服中毒超过 6h 者不应洗胃。（　）
84．敌百虫中毒可用肥皂水洗胃。（　）
85．一氧化碳与血红蛋白既容易结合也容易解离。（　）
86．慢支和肺气肿又叫慢性阻塞性肺疾病。（　）
87．COPD 的标志性症状是气短或呼吸困难。（　）

88．艾滋病的潜伏期一般为 2～10 年。（　　）
89．HBeAg 及抗-HBc-lgM 阳性的母亲可以母乳喂养。（　　）
90．甲类传染病应于发现后 12h 内上报当地卫生防疫机构。（　　）
91．ARDS 的特征是难以纠正的低氧血症和进行性呼吸困难。（　　）
92．亚急性感染性心内膜炎主要由金黄色葡萄球菌引起。（　　）
93．发热是感染性心内膜炎最常见的症状。（　　）
94．溃疡性结肠炎的病变部位以回盲部多见。（　　）
95．原发性骨质疏松症常见于绝经后妇女和老年人。（　　）
96．帕金森病的震颤以运动时明显，静止时减轻。（　　）
97．中暑者均有高热，均需降温。（　　）
98．血培养是诊断感染性心内膜炎的最重要的方法。（　　）
99．ARDS 患者应给予低浓度、低流量吸氧。（　　）
100．帕金森病的主要病变部位在黑质和黑质纹状体。（　　）

三、单项选择题

1．慢性支气管炎最常见的病因是（　　）。
A．感染　　B．吸烟　　C．寒冷　　D．过敏

2．慢性支气管炎最常见的并发症是（　　）。
A．肺部感染　　B．阻塞性肺气肿
C．支气管哮喘　　D．支气管扩张

3．慢性支气管炎的诊断标准是在排除其他心肺疾病后（　　）。
A．咳嗽、咳痰持续半年以上
B．咳嗽、咳痰伴喘息持续半年以上
C．咳嗽、咳痰伴喘息反复发作每年 2 个月，连续 2 年或 2 年以上
D．咳嗽、咳痰伴喘息反复发作每年 3 个月，连续 2 年或 2 年以上

4．慢性阻塞性肺气肿患者，进行呼吸功能锻炼的方法是（　　）。
A．加强胸式呼吸，用鼻吸气，经口用力快速呼气
B．加强腹式呼吸，用鼻深吸，经口缓呼，呼气时口唇收拢
C．加强腹式呼吸，用鼻吸气，经口用力快速呼气
D．加强胸式呼吸，经鼻用力呼气

5．阻塞性肺气肿最突出的表现是（　　）。
A．咳嗽、咳痰　　B．肺部啰音　　C．呼吸音粗糙　　D．进行性呼吸困难

6．慢性支气管炎咳痰一般为（　　）。
A．痰中带血　　B．黄色脓痰
C．铁锈色痰　　D．白色黏液或泡沫样痰

7．慢性支气管炎起病、加重和复发的基本原因是（　　）。
A．呼吸道感染　　B．大气污染
C．吸烟　　D．植物神经功能失调

8．慢性支气管炎急性发作期最主要的治疗措施是（　　）。

A．补液　　B．祛痰　　C．平喘　　D．控制感染

9．肺部叩诊过清音提示（　　）。

A．肺结核　　B．肺气肿　　C．气胸　　D．胸腔积液

10．患者、男、60 岁，有慢性咳嗽、咳痰史 30 年，近 5 年常感劳累后呼吸困难，每遇气温下降时常常发热，咳嗽加重伴脓痰；体检呈桶状胸，语颤减弱，叩诊呈过清音，呼吸音明显减退；最可能的诊断是（　　）。

A．支气管哮喘　　B．慢性支气管炎

C．慢性阻塞性肺气肿　　D．肺炎

11．支气管哮喘主要临床表现是（　　）。

A．反复发作带哮鸣音的吸气性呼吸困难

B．反复发作带哮鸣音的呼气性呼吸困难

C．反复发作带哮鸣音的混合性呼吸困难

D．逐渐加重的咳嗽、咳痰与呼吸困难

12．慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿患者，3 天来咳嗽，气促加重，皮肤潮红，多汗，眼球结膜水肿，根据病情应给予（　　）。

A．高流量持续给氧　　B．高流量间歇给氧

C．低流量持续给氧　　D．低流量间歇给氧

13．支气管哮喘发作时，最具有诊断意义的体征是（　　）。

A．肋间隙增宽　　B．触诊语颤减弱

C．叩诊呈过清音　　D．听诊两肺广泛哮鸣音

14．某支气管扩张大咯血的患者，突然停止咯血，张口瞪目，两手乱抓，应首先考虑（　　）。

A．休克　　B．窒息　　C．心力衰竭　　D．脑栓塞

15．目前防治哮喘最有效的抗炎药物是（　　）。

A．糖皮质激素　　B．异丙基肾上腺素

C．沙丁胺醇　　D．特布他林

16．支气管哮喘用色甘酸钠的目的在（　　）。

A．治疗感染性哮喘　　B．预防过敏性哮喘

C．治疗冷空气所致哮喘　　D．治疗精神性哮喘

17．下列哪项不是哮喘持续状态的诱因（　　）。

A．过敏原未消除　　B．呼吸道感染未控制

C．脱水　　D．吸入糖皮质激素

18．哮喘持续状态的处理，哪项是错误的（　　）。

A．控制感染　　B．纠正脱水

C．解除支气管痉挛　　D．肌注吗啡镇静

19．小丽，10 岁，小学生。经常在春天因哮喘发作不能上学。预防过敏原引起的哮喘发作最宜使用的药物是（　　）。

A．沙丁胺醇气雾剂　　B．泼尼松

C．色甘酸钠　　D．氨茶碱

20．肺部固定而持久的湿性啰音见于（　　）。

A．上呼吸道感染　　B．肺部病变早期

C．支气管肺癌　　D．支气管扩张

21．治疗肺炎球菌肺炎，停用抗生素的指标一般是（　　）。

A．体温降至正常后 3 日　　B．体温降至正常后 1 周

C．体温降至正常后 2 周　　D．X 线示炎症阴影完全消失

22．普通型肺炎与休克型肺炎最主要的鉴别点是（　　）。

A．发热的程度　　B．白细胞总数的多少

C．胸痛、呼吸困难的程度　　D．有无末梢循环衰竭

23．休克型肺炎抗休克治疗的首要措施是（　　）。

A．补充血容量　　B．应用强心剂

C．应用糖皮质激素　　D．应用血管活性药物

24．咳铁锈色痰应考虑为（　　）。

A．支气管扩张　　B．肺炎球菌性肺炎

C．肺结核　　D．肺癌

（25～26 题共用题干）男，55 岁，咳嗽、咳痰 10 余年，近 2 年来加重，常咳黄色脓痰，伴有气喘；一周前受凉后症状加剧，发绀，两肺闻及湿性啰音及哮鸣音

25．该病例最可能的诊断是（　　）。

A．支气管哮喘继发感染　　B．支气管扩张继发感染

C．慢性支气管炎急性发作　　D．肺炎

26．该患者最重要的治疗措施是（　　）。

A．吸氧、解痉平喘　　B．抗生素应用、解痉平喘

C．吸氧、糖皮质激素　　D．糖皮质激素、祛痰剂

27．患者，男，25 岁，因酒后受凉，急起寒颤高热，伴右侧胸痛、咳嗽二天入院；查体：T 39.5℃　R 23 次/分　P 94 次/分　Bp 15/10kPa，神清合作，右腋中线第四肋间以下语颤增强，叩诊呈浊音，局部可闻及支气管呼吸音及细湿啰音；化验检查：WBC 25×10^9/L，N0.87 L0.13，X 线检查示右下肺野有大片密度均匀、边缘模糊的阴影；其诊断为（　　）。

A．肺炎球菌性肺炎　　B．金黄色葡萄球菌性肺炎

C．肺炎杆菌性肺炎　　D．肺炎支原体性肺炎

28．肺炎球菌肺炎的抗菌治疗应首选（　　）。

A．青霉素　　B．红霉素

C．庆大霉素　　D．头孢菌素

29．肺炎球菌肺炎的抗菌治疗，下述哪项是错误的（　　）。

A．经抗菌治疗体温正常后即可停药

B．体温正常后又发热应考虑并发症

C．经抗菌治疗体温正常后仍应使用 72h

D．首选青霉素

30．下列治疗休克型肺炎的方法哪项不正确（　　）。
A．控制感染是根本措施　　B．补充血容量是首要的抢救措施
C．注意纠正酸中毒　　D．不能应用糖皮质激素
31．确诊支气管扩张最重要的依据是（　　）。
A．儿童或青年期发病　　B．有典型症状及病史
C．持续存在的局限性啰音　　D．支气管碘油造影所见特征
32．支气管扩张的抗感染治疗中，最重要的措施是（　　）。
A．体位引流　　B．抗菌素的使用
C．支持疗法　　D．及时处理咯血
33．关于体位引流的方法，不正确的是（　　）。
A．每日 1～3 次　　B．一般在餐后引流
C．每次 15～20min　　D．原则上患肺处于高处
34．阻塞性肺气肿呼吸困难的特点是（　　）。
A．突发性吸气性呼吸困难　　B．持续性混合性呼吸困难
C．劳累性呼气性呼吸困难　　D．可出现明显四凹征
35．提示早期慢性肺心病的临床表现是（　　）。
A．胸闷、呼吸困难　　B．心悸、心音遥远
C．颈静脉怒张　　D．可见剑突下明显心脏搏动
36．慢性肺心病急性加重期的治疗，不适宜（　　）。
A．控制呼吸道感染　　B．早期强心利尿
C．纠正酸碱失衡　　D．低流量低浓度给氧
37．引起慢性肺心病最常见的病因是（　　）。
A．慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿　　B．广泛胸膜肥厚
C．胸廓严重畸形　　D．结节性动脉炎
38．下述哪项不是慢性肺心病肺、心功能失代偿期的主要表现（　　）。
A．定向力障碍　　B．左心室增大
C．颈静脉怒张　　D．肝大、腹水
39．慢性肺源性心脏病死亡的首要原因是（　　）。
A．心律失常　　B．消化道出血
C．酸碱失衡和电解质紊乱　　D．肺性脑病
40．呼吸衰竭最早出现的临床症状是（　　）。
A．呼吸困难　　B．精神、神经症状
C．紫绀　　D．循环系统症状
41．下列血气分析结果符合 II 型呼吸衰竭的是（　　）。
A．$PaO_2$65mmHg，$PaCO_2$35mmHg　　B．$PaO_2$55mmHg，$PaCO_2$55mmHg
C．$PaO_2$40mmHg，$PaCO_2$35mmHg　　D．$PaO_2$70mmHg，$PaCO_2$35mmHg
42．肺结核最主要的传播方式是（　　）。
A．空气—飞沫　　B．尘埃　　C．食物和水　　D．皮肤接触

43．确诊肺结核最可靠的方法是（　　）。

A．结核菌素试验　　B．胸部 X 线检查

C．胸部 CT 检查　　D．痰结核菌检查

44．处理肺结核患者的痰液最简易的方法是（　　）。

A．用纸包裹后焚烧　　B．乙醇消毒

C．阳光下曝晒　　D．掩埋

45．关于肺结核患者消毒隔离措施的指导不正确的是（　　）。

A．开放型肺结核患者用物单独使用　　B．剩余饭菜煮沸后弃去

C．餐具洗涤后再煮沸 5min　　D．病室每日用紫外线灯照射

46．下述哪种疾病可致右心室后负荷加重（　　）。

A．二尖瓣关闭不全　　B．高血压

C．肺动脉高压　　D．主动脉瓣关闭不全

47．下述哪项体征不属于周围血管征（　　）。

A．脉搏骤起骤落，急促而有力

B．按压右季肋部，见颈静脉明显充盈

C．手指轻压患者指甲甲床，出现红、白相交替的血管搏动现象

D．听诊器体件在大动脉处加压，即可听到收缩期与舒张期非连续性双重杂音

48．诱发慢性心功能不全的最常见的原因是（　　）。

A．过劳　　B．呼吸道感染

C．电解质紊乱　　D．严重心律失常

49．左心衰的早期表现为（　　）。

A．咳嗽、咳痰　　B．咯血

C．劳力性呼吸困难　　D．心悸

50．不属于右心衰的表现是（　　）。

A．食欲减退、恶心、呕吐　　B．两肺底湿性啰音

C．下肢浮肿　　D．肝脏肿大

51．患者、女性，发现二尖瓣狭窄 20 年，夜间阵发性呼吸困难 10 年，下肢浮肿，腹胀，右上腹胀痛 5 年；一周前开始咳嗽，咳黄痰；须高枕卧位，颈静脉怒张，双肺底有少量湿性啰音，肝肋下 2 指，质中等，压痛，下肢凹陷性浮肿；应诊断为（　　）。

A．左心功能不全　　B．右心功能不全

C．全心衰竭　　D．心功能代偿期

52．右心衰与肝脏病变所至肝大的鉴别，最有意义的是（　　）。

A．上腹部胀痛　　B．消化道症状

C．肝颈静脉回流征阳性　　D．肝大、质韧

53．风湿性心瓣膜病最常见的瓣膜疾病是（　　）。

A．二尖瓣狭窄　　B．二尖瓣关闭不全

C．主动脉瓣关闭不全　　D．主动脉瓣狭窄

54．二尖瓣狭窄最具特征性的体征是（　　）。

A．心尖区可闻及局限性舒张期隆隆样杂音

B．心尖搏动向左移位

C．肺动脉瓣区第二音亢进、分裂

D．肺动脉瓣区可闻及舒张期吹风样杂音

55．高血压的诊断标准是（　　）。

A．收缩压≥130mmHg 和／或舒张压≥85mmHg

B．收缩压≥130mmHg 和／或舒张压≥90～100mmHg

C．收缩压≥140mmHg 和／或舒张压≥85mmHg

D．收缩压≥140mmHg 和／或舒张压≥90mmHg

56．主动脉瓣狭窄患者可出现的三大症状是（　　）。

A．咳嗽、呼吸困难、心慌　　B．呼吸困难、眩晕、头痛

C．呼吸困难、心绞痛、晕厥　　D．呼吸困难、心绞痛、心慌

57．风心病二尖瓣狭窄最易并发的心律失常是（　　）。

A．心房纤颤　　B．脑栓塞

C．感染性心内膜炎　　D．室性早搏

58．风湿性心瓣膜病最主要的死因是（　　）。

A．心衰　　B．栓塞　　C．房颤　　D．感染

（59～61 题共用题干）患者，女、27 岁，劳累后心悸、气短 5 年，近一周间断咳血，无发热；查体：双颊紫红，口唇轻度紫绀，颈静脉无怒张；两肺未闻及干、湿啰音；心浊音界在胸骨左缘第三肋间向左扩大，心尖部可闻及局限性舒张期隆隆样杂音，第一心音亢进；肝脾不肿大，下肢无水肿。

59．诊断应首先考虑（　　）。

A．肺结核　　B．风心病二尖瓣狭窄

C．风心病二尖瓣关闭不全　　D．室间隔缺损

60．该患者最易发生的心律失常是（　　）。

A．一度房室传导阻滞　　B．心房颤动

C．室性早搏　　D．阵发性室上性心动过速

61．导致该患者死亡的主要原因是（　　）。

A．心功能不全　　B．心律失常

C．亚急性细菌性心内膜炎　　D．呼吸道感染

62．患者，女，45 岁，查体发现血压为 21.3/12kPa，平素无症状；确定有无高血压的最佳方法是（　　）。

A．同时测三次血压　　B．测运动后血压

C．在不同时间测量 3 次血压　　D．检查有无脏器改变

63．洋地黄中毒最常见的心律失常是（　　）。

A．室上性心动过速　　B．心房纤颤

C．室性早搏二联律　　D．房室传导阻滞

64．男性，65 岁，高血压病患者，今晨两点睡眠中突然心悸、憋喘、咳嗽，不能平卧来急诊，考虑为急性左心衰；采集病史时下列哪项符合急性左心衰竭的症状（　　）。

A．咳黄痰　　B．咯血

C．咳粉红色泡沫样痰　　D．咳白黏痰

65．男性，60 岁，高血压病多年，近日由于精神刺激，突感头痛，头晕，心悸、烦躁，呕吐 2 次，手足抽搐，体检血压 260／130mmHg，心率 80 次／分，颈无抵抗，神志清，视乳头水肿，诊断为（　　）。

A．癫痫发作　　B．高血压危象

C．高血压脑病　　D．脑血管意外

66．心源性水肿首先表现为（　　）。

A．心前区水肿　　B．眼睑水肿

C．足踝部、胫骨前水肿　　D．胸腔积液或心包积液

67．三度房室传导阻滞伴阿－斯综合征的治疗方法是（　　）。

A．安装人工心脏起搏器　　B．麻黄碱

C．阿托品　　D．苯妥英钠

68．长期卧床的心衰患者，下肢静脉血栓脱落，易导致（　　）。

A．肾栓塞　　B．肺栓塞　　C．脾栓塞　　D．脑栓塞

69．预防风心病的根本措施是（　　）。

A．居室要防寒避湿　　B．防止复发，卧床休息

C．积极防治链球菌感染　　D．长期服用抗风湿药

70．男性，50 岁，突发剧烈头痛，呕吐，视力模糊，血压 210/130mmHg，首选的降压药物是（　　）。

A．普萘洛尔　　B．卡托普利　　C．维拉帕米　　D．硝普钠

71．患者“冠心病心衰”病史 3 年，经适当治疗目前心率、血压正常，一般活动不受限制，日常活动不引起症状，此时心功能分级应是（　　）。

A．心功能正常　B．心功能Ⅰ级　　C．心功能Ⅱ级　D．心功能Ⅲ级

72．典型心绞痛发作的最常见部位（　　）。

A．胸骨体上、中段后方　　B．心前区

C．胸骨体下段后方　　D．心尖部

73．患者，男性，49 岁，因劳累后胸痛 3 年收住入院；入院后根据其发作时的心电图诊断为“心绞痛”，其发作时最可能的心电图表现是（　　）。

A．T 波高大　　B．左室肥厚

C．窦性心动过速　　D．ST 段下移，T 波低平

74．女，58 岁，近半年来自觉心前区阵发性疼痛，常在休息或清晨时发作，持续时间 15min，含服硝酸甘油后缓解，疼痛发作时，心电图胸前导联 ST 段抬高，运动负荷试验阳性；其诊断为（　　）。

A．恶化型心绞痛　　B．卧位型心绞痛

C．稳定型心绞痛　　D．变异型心绞痛

75．下列哪项不属于劳力型心绞痛（　　）。
A．稳定型心绞痛　　B．初发型心绞痛
C．恶化型心绞痛　　D．变异型心绞痛
76．心绞痛发作时下列处理中，不正确的是（　　）。
A．立即休息　　B．硝酸甘油含化
C．立即送医院治疗　　D．消心痛含化
77．关于典型心绞痛发作临床特点正确的是（　　）。
A．发作时间多超过 30min　　B．疼痛性质为针刺样疼痛
C．含服硝酸甘油后疼痛迅速缓解　　D．发作时 ST 段多抬高
78．下列哪项最有助于区别心绞痛与心肌梗死（　　）。
A．疼痛部位　　B．疼痛性质　　C．疼痛时间　　D．心电图变化
79．关于“冠心病”，下列说法错误的是（　　）。
A．与高血压有关　　B．与低密度脂蛋白升高有关
C．与血糖升高有关　　D．与高密度脂蛋白升高有关
80．心绞痛发作时，立即采用的有效方法是（　　）。
A．镇静　　B．吸氧
C．含化硝酸甘油　　D．含化阿司匹林
81．急性心肌梗死的先兆表现是（　　）。
A．心悸　　B．气短　　C．心绞痛　　D．烦躁
82．急性心肌梗死最突出的表现是（　　）。
A．心悸　　B．胸痛　　C．发热　　D．恶心、呕吐
83．对冠心病最有诊断价值的是（　　）。
A．胸透　　B．超声心动图　　C．心电图　　D．冠状动脉造影
84．急性心肌梗死的抢救，不正确的是（　　）。
A．迅速转院　　B．就地抢救　　C．保持安静　　D．立即止痛
85．急性心肌梗死早期死亡的主要原因是（　　）。
A．心衰　　B．休克　　C．心律失常　　D．心脏破裂
86．急性心肌梗死时，最早升高的具有特异性的酶是（　　）。
A．CK-MB　　B．AST　　C．LDH　　D．ALT
87．缓解单纯二尖瓣口机械狭窄的首选方法是（　　）。
A．二尖瓣直视分离术　　B．二尖瓣置换术
C．经皮球囊二尖瓣成形术（PBMV）　　D．二尖瓣闭视分离术
88．引起病毒性心肌炎的最常见的病因是（　　）。
A．脊髓灰质炎病毒感染　　B．流感及副流感病毒感染
C．腮腺炎病毒感染　　D．柯萨奇病毒 B 感染
89．最严重的心律失常类型是（　　）。
A．阵发性室上性心动过速　　B．阵发性室性心动过速
C．心房颤动　　D．心室颤动

90．抢救急性肺水肿应给予的吸氧方法是（　　）。

A．高流量酒精湿化给氧　　B．低浓度低流量吸氧

C．高压吸氧　　D．以上均不是

91．慢性胃炎的预防原则不妥的是（　　）。

A．长期服用抑制胃酸分泌的药物　　B．养成良好饮食习惯

C．彻底治疗幽门螺旋杆菌　　D．避免服用刺激性药物和食物

92．目前诊断慢性胃炎最有效的方法是（　　）。

A．胃液分析　　B．纤维胃镜检查

C．临床表现　　D．X 线钡餐检查

93．引起消化性溃疡的最主要病因是（　　）。

A．幽门螺杆菌感染　　B．胃酸过高

C．非甾体类抗炎药　　D．遗传因素

94．最能表现消化性溃疡特征的是（　　）。

A．恶心、呕吐　　B．腹胀、嗳气

C．明显反酸　　D．上腹部节律性疼痛

95．胃溃疡患者，大便潜血持续阳性，腹痛节律消失，服制酸剂疗效差，伴贫血、消瘦；最可能的诊断是（　　）。

A．癌变　　B．慢性穿孔

C．上消化道出血　　D．幽门梗阻

96．患者、男、32 岁，患十二指肠溃疡 10 年；近来常感餐后饱胀，恶心、呕吐，呕吐物为酸臭宿食，吐后症状暂缓解；最有可能的是发生了（　　）。

A．癌变　　B．慢性穿孔

C．上消化道出血　　D．幽门梗阻

97．消化性溃疡最常见的并发症是（　　）。

A．癌变　　B．慢性穿孔

C．上消化道出血　　D．幽门梗阻

98．确诊消化性溃疡的方法是（　　）。

A．大便隐血试验　　B．胃液分析

C．X 线钡餐检查　　D．胃镜检查

99．抗内因子抗体阳性者常有（　　）。

A．维生素 C 的吸收障碍　　B．维生素 C 的降解障碍

C．维生素 B_{12} 的吸收障碍　　D．维生素 K 的吸收障碍

100．腹腔穿刺放液时，首次放液量不超过（　　）。

A．1000mL　　B．1500mL　　C．2000mL　　D．3000mL

101．不是门脉高压表现的是（　　）。

A．脾肿大　　B．全血细胞减少　　C．腹水　　D．肝掌

102．我国肝硬化最常见的病因是（　　）。

A．病毒性肝炎　　B．酒精性肝炎

C．血吸虫病型肝炎　　D．中毒性肝炎

103．肝硬化失代偿期最突出的体征是（　　）。

A．肝肿大　　B．腹水

C．蜘蛛痣　　D．食欲减退

104．肝硬化最常见的并发症是（　　）。

A．上消化道出血　　B．感染

C．肝性脑病　　D．肝肾综合征

105．肝硬化最严重的并发症是（　　）。

A．上消化道出血　　B．感染

C．肝性脑病　　D．肝肾综合征

106．水肿型胰腺炎与出血坏死型胰腺炎的主要鉴别点是有无（　　）。

A．休克　　B．电解质紊乱　　C．恶心、呕吐　　D．剧烈腹痛

107．X 线钡餐检查胃溃疡的主要诊断依据是（　　）。

A．龛影　　B．变形　　C．僵硬　　D．痉挛

108．男性，55 岁，某晚参加宴会后次晨发现已死亡，检查发现床上有少量咖啡色渣液，左侧腰腹部有大片青紫斑。可能的死因是（　　）。

A．急性心肌梗死　　B．重症急性胰腺炎

C．胃溃疡出血　　D．高血压脑出血

109．肝性脑病患者前驱期的突出表现为（　　）。

A．计算能力下降　　B．时空概念紊乱

C．性格和行为异常　　D．扑翼样震颤

110．肝性脑病患者应禁忌摄入何类食物（　　）。

A．碳水化合物　　B．维生素

C．高蛋白饮食　　D．钠盐

111．有关肝性脑病的处理，错误的是（　　）。

A．忌食蛋白质　　B．防止感染

C．便秘时碱性溶液灌肠　　D．安眠药禁用或慎用

112．肝性脑病的主要表现是（　　）。

A．血氨升高　　B．肝功能异常

C．意识障碍、行为失常和昏迷　　D．黄疸

113．为降低血氨浓度，肝性脑病昏迷患者可鼻饲给予（　　）。

A．牛奶　　B．鸡汤

C．鱼汤　　D．25%葡萄糖液

114．患者，男，50 岁，患肝硬化病史 20 年，近一周因呼吸道感染在乡医院进行抗菌治疗，自昨天其家人发现患者淡漠少言、衣冠不整，并有随地便溺、吐词不清、且言语缓慢；其最可能的诊断是（　　）。

A．急性上呼吸道感染　　B．休克性肺炎

C．感染性精神病　　D．肝性脑病

115．患者，女，45 岁，8h 前进食油条后，渐出现上腹部持续性疼痛伴阵发性加剧，并有恶心、呕吐，吐后症状不缓解；查体：心肺无异常，腹软、中上腹部有轻度压痛，无肌紧张，莫菲征（一）；为明确诊断应首先做哪项检查（　　）。

A．B 超检查　　B．血淀粉酶检查

C．尿淀粉酶检查　　D．血脂肪酶检查

116．能提示急性胰腺炎预后不良的是（　　）。

A．血清淀粉酶测定　　B．尿淀粉酶测定

C．白细胞计数及分类　　D．血钙降低

117．急性胰腺炎的治疗措施中下列哪项最关键（　　）。

A．抑制胰液分泌　　B．解痉镇痛

C．抗休克及纠正水电解质平衡失调　　D．抗感染

118．急性胰腺炎患者禁食的目的是（　　）。

A．控制饮食　　B．防止胃扩张

C．解除胰管痉挛　　D．减少胰液分泌

119．引起上消化道出血最常见的病因是（　　）。

A．消化性溃疡　　B．食道病变

C．肝硬化门脉高压　　D．急性胃黏膜病变

120．上消化道出血患者 SBp80mmHg， 心率 120 次/分，Hb70g/L，伴四肢厥冷、神志恍惚，少尿无尿估计出血量为（　　）。

A．≥500mL　　B．≥800mL

C．≥1000mL　　D．≥1500mL

121．下列哪些疾病合并上消化道大出血禁用垂体后叶素（　　）。

A．高血压病　　B．孕妇

C．冠心病　　D．以上均是

122．提示上消化道出血停止的是（　　）。

A．柏油样便变稀　　B．脉搏细速

C．尿量＞30mL/h　　D．肠鸣音亢进

123．患者，女，28 岁，反复浮肿三年，Bp 21.0/12.6kPa，Hb 80g/L，尿蛋白（++），尿镜检红细胞 4 个/HPF；下列哪种疾病可能性最大（　　）。

A．隐匿性肾炎　　B．慢性肾小球肾炎

C．慢性肾盂肾炎　　D．肾病综合径

124．引起肾盂肾炎的主要病原菌是（　　）。

A．大肠杆菌　　B．变形杆菌

C．葡萄球菌　　D．病毒

125．肾盂肾炎最主要的感染途径为（　　）。

A．上行感染　　B．血行感染

C．淋巴道感染　　D．直接感染

126．不属于急性肾盂肾炎临床表现的是（　　）。

A．起病急骤，寒战高热　　B．低热、乏力、腰酸、贫血

C．尿急、尿频、尿痛　　D．肋腰点压痛，肾区叩击痛

127．对于慢性肾盂肾炎的诊断，下属哪项是最重要的依据（　　）。

A．膀胱刺激征　　B．血尿

C．尿培养有细菌生长　　D．尿中查到白细胞管型

128．对隐匿型肾盂肾炎的诊断，最主要的依据是（　　）。

A．膀胱刺激征

B．镜下血尿

C．尿菌计数革兰阴性杆菌大于 10^5/mL

D．肾小管功能损害

129．慢性肾衰竭患者由于钙、磷代谢紊乱，容易发生（　　）。

A．贫血　　B．皮肤瘙痒

C．尿毒症脑病　　D．肾性骨病

130．慢性肾小球肾炎必有的临床表现是（　　）。

A．中度以上的高血压　　B．蛋白尿

C．明显水肿　　D．大量肉眼血尿

131．慢性肾小球肾炎首选的降压药物是（　　）。

A．血管紧张素转换酶抑制剂　　B．钙通道阻滞剂

C．利尿剂　　D．血管扩张剂

132．重度一氧化碳中毒最佳的氧疗方式是（　　）。

A．持续高流量给氧　　B．持续低流量给氧

C．50%酒精湿化后给氧　　D．高压氧舱治疗

133．有机磷农药中毒患者的主要死因是（　　）。

A．心脏骤停　　B．急性左心衰　　C．呼吸衰竭　　D．脑出血

134．各型慢性肾炎肾功能损害最早均表现为（　　）。

A．肾脏 CT 异常　　B．血肌酐升高

C．血尿素氮升高　　D．内生肌酐清除率降低

135．某尿毒症患者，自诉极度疲乏、胸闷、心慌、尿少，体检心律不齐，期前收缩 8～10 次/分，测血钾 8.8mmol/L。若不紧急处理，会突然发生　（　　）。

A．休克　　B．昏迷　　C．心脏停搏　　D．呼吸衰竭

136．肾脏病患者使用糖皮质激素后，不出现的并发症是（　　）。

A．血糖上升　　B．向心性肥胖

C．水钠潴留　　D．血压下降

137．患者，男，32 岁。血压持续增高 1 年余，中度水肿，尿蛋白（++～+++），管型（+）。该患者的疾病诊断，最大可能是（　　）。

A．急性肾小球肾炎　　B．慢性肾小球肾炎

C．慢性肾盂肾炎　　D．肾结核

（138～140 共用题干）

患者，女性，31 岁。因误服“农药”被邻居发现后急送入院。检查：恶心呕吐，口唇青紫、流涎、意识模糊、脉搏呼吸增快，血压下降。诊断为：有机磷农药中毒。

138．该患者宜采用的洗胃液是（　　）。

A．生理盐水　　B．1∶5000 高锰酸钾

C．20g/L 弱酸　　D．20g/L 碳酸氢钠

139．与抢救成败关系不大的是（　　）。

A．抢救开始时间　　B．毒物进入体内的方式

C．清除毒物是否彻底　　D．解毒剂应用是否足量。

140．该患者发生率最高的并发症是（　　）。

A．呼吸衰竭　　B．循环衰竭

C．上消化道出血　　D．急性坏死型胰腺炎

141．尿毒症患者最早、最突出的表现为（　　）。

A．食欲减退、恶心、呕吐　　B．咳嗽、气促、双肺湿性啰音

C．心悸、胸闷、心律失常　　D．萎靡不振、头晕、头痛

142．尿毒症患者出现水、电解质平衡失调时，下述哪项是必然的（　　）。

A．高血钠症　　B．低钠血症

C．高钾血症　　D．低钙高磷

143．对尿毒症的诊断下列哪项最具有意义（　　）。

A．慢性肾脏病史　　B．厌食、恶心、呕吐

C．二氧化碳结合力降低　　D．血肌酐浓度明显升高

144．对尿毒症患者的治疗下述哪项措施不当（　　）。

A．低蛋白、高糖饮食　　B．苯丙酸诺龙肌注

C．高磷、高钾饮食　　D．优质低蛋白饮食

145．患者，女，30 岁，突发尿频、尿急、尿痛 4h，无发热，双肾区无叩击痛；尿常规示：脓细胞 10-20/HP，中段尿培养：有大肠杆菌生长；本病最有可能的诊断是（　　）。

A．急性肾盂肾炎　　B．慢性肾盂肾炎急性发作

C．下尿路感染　　D．慢性肾功能衰竭

146．患者，男，25 岁，头晕、恶心、呕吐 7 天，Bp 23.3/13.3kPa，Hb 70g/L，尿蛋白（+++），尿中红细胞 8 个/HPF，查到腊样管型，尿比重 1.012，BUN45.8mmol/L，Scr756μmol/L；最可能的诊断是（　　）。

A．急性肾盂肾炎　　B．慢性肾盂肾炎

C．慢性肾炎　　D．慢性肾功能衰竭

147．诊断贫血最主要的指标是（　　）。

A．血红蛋白　　B．红细胞计数

C．红细胞压积　　D．网织红细胞计数

148．引起贫血的最常见原因是（　　）。

A．造血功能障碍所致　　B．理化因素所致

C．维生素 B_{12} 缺乏　　D．慢性失血

149．贫血最早、最常见的症状是（　　）。

A．倦怠、乏力　　B．食欲减退

C．心悸、气促　　D．低比重尿

150．治疗贫血的首要措施是（　　）。

A．病因治疗　　B．药物治疗

C．输血　　D．脾切除

151．不符合缺铁性贫血表现的是（　　）。

A．毛发、皮肤干燥，缺乏光泽　　B．指甲薄脆易裂

C．口角炎、异食癖或有吞咽困难　　D．易皮下出血、齿龈出血

152．缺铁性贫血采用铁剂治疗，观察疗效最早的指标为（　　）。

A．血红蛋白升高　　B．红细胞计数升高

C．红细胞形态恢复正常　　D．网织红细胞计数升高

153．引起再生障碍性贫血最常见的药物是（　　）。

A．烷化剂　　B．氯丙嗪

C．氯霉素　　D．保太松

154．再生障碍性贫血患者，一般无下列哪种表现（　　）。

A．进行性加重的贫血　　B．易感染致体温升高

C．皮肤黏膜易出血　　D．肝、脾、淋巴结肿大

155．不符合再生障碍性贫血特点的是（　　）。

A．有全血细胞减少　　B．网织红细胞绝对值减少

C．骨髓增生明显低下　　D．巨核细胞正常或稍偏低

156．不支持再生障碍性贫血诊断的是（　　）。

A．有贫血、出血、发热　　B．一般无肝、脾肿大

C．骨髓中淋巴细胞和浆细胞明显减少　　D．骨髓增生低下

（157～158 题共用题干）患者，女，28 岁，常因胃溃疡而出血，近来头晕、乏力、苍白，经检查 Hb90g/L，RBC 3.5×10^{12}/L。

157．该患者最可能的诊断是（　　）。

A．再生障碍性贫血　　B．巨幼细胞性贫血

C．缺铁性贫血　　D．白血病所致贫血

158．储存铁指的是（　　）。

A．总铁结合力　　B．骨髓含铁血黄素

C．转铁蛋白　　D．血清铁

159．治疗急性早幼粒细胞白血病的药物是（　　）。

A．环磷酰胺　　B．柔红霉素　　C．甲氨蝶呤　　D．全反式维甲酸

160．关于急性白血病临床表现的叙述，不正确的是（　　）。

A．发热是常见症状，多由感染引起

B．出血比较多见，由血小板减少引起

C．贫血一般较轻，补充铁剂可迅速纠正

D．淋巴结肿大较多见，抗炎治疗无效

161．可初步诊断为急性白血病的是（　　）。

A．中度贫血，网织红细胞计数减少

B．白细胞计数低于 3×10^9/L

C．白细胞计数高于 50×10^9/L

D．外周血象中可见较多的幼稚细胞及原始细胞

162．慢性再障患者应用雄激素，错误的是（　　）。

A．须深部缓慢分层肌肉注射　　B．经常更换注射部位

C．治疗 1 周后网织红细胞计数升高　　D．长期应用可出现痤疮等

163．男，19 岁，头昏、乏力、发热和皮肤有出血点近半月；体检：贫血貌，心肺无异常，胸骨有压痛，肝肋下 1cm，脾肋下 5cm；Hb70g/L，WBC2×10^9/L，血小板 20×10^9/L；你认为最可能的诊断是（　　）。

A．再生障碍性贫血　　B．血小板减少性紫癜

C．溶血性贫血　　D．急性白血病

164．慢性粒细胞白血病，最明显、最突出的临床表现是（　　）。

A．脾脏显著肿大　　B．淋巴结肿大发生最早

C．肝大　　D．胸骨轻中度压痛

165．治疗慢性粒细胞白血病的首选药物是（　　）。

A．羟基脲　　B．二溴甘露醇

C．马利兰　　D．苯丁酸氮芥

166．不是甲亢临床特征的是（　　）。

A．怕热、多汗　　B．怕冷、嗜睡

C．多食、消瘦　　D．手、舌震颤

167．诊断甲亢最敏感最可靠的方法是（　　）。

A．基础代谢率测定　　B．甲状腺吸碘率

C．甲状腺激素浓度测定　　D．血脂检查

168．不是甲亢临床表现的是（　　）。

A．心房颤动　　B．月经过多

C．大便次数增多　　D．肌肉萎缩

169．甲亢合并妊娠时，禁用的治疗方法是（　　）。

A．口服抗甲状腺药物　　B．手术切除

C．放射性 ^{131}I 治疗　　D．对症治疗

170．对 II 型糖尿病，下列哪项叙述是错误的（　　）。

A．起病缓慢　　B．多数患者肥胖

C．常合并有脑血管病变　　D．首选胰岛素治疗

171．I 型糖尿病的主要死因是（　　）。

A．酮症酸中毒　　B．脑血管病变

C．糖尿病肾病　　D．感染

172．对诊断糖尿病最有价值的是（　　）。

A．多尿多饮　　B．多食消瘦

C．尿糖阳性　　D．空腹血糖升高

173．下列哪项可排除糖尿病（　　）。

A．随机血糖≤11.1mmol/L

B．空腹血糖<7.8mmol/L

C．无糖尿病症状

D．随机血糖<7.8mmol/L、空腹血糖<6.0mmol/L

174．在糖尿病的治疗中，作为基础治疗的措施是（　　）。

A．饮食治疗　　B．口服降糖药物

C．胰岛素治疗　　D．中医中药治疗

175．糖尿病酮症酸中毒初步急救措施中最主要的是（　　）。

A．小剂量胰岛素治疗　　B．补液

C．纠正电解质紊乱　　D．补碱

176．女，50 岁，身高 1.58m，体重 78kg，近三个月饮水及尿量增多，半月前因胆石症做胆囊切除术，术后伤口不能愈合，查血糖 15.5mmol/L，尿糖++++，本患者目前应采用哪种治疗（　　）。

A．单纯饮食治疗

B．饮食控制+磺脲类药物

C．饮食控制+胰岛素治疗

D．伤口清创、重新缝合

177．对糖尿病患者下列哪项措施是错误的（　　）。

A．按规定饮食进餐　　B．饥饿时可加食土豆

C．用煮多遍的菜充饥　　D．注意体育锻炼

178．糖尿患者应用正规胰岛素治疗，其注射时间为（　　）。

A．餐前 10min　　B．餐前 30min

C．餐前 60min　　D．餐后 20min

179．糖尿病患者最基本的治疗措施是（　　）。

A．控制饮食　　B．口服降糖药　　C．胰岛素治疗　　D．气功

180．糖尿病并发酮症酸中毒时，治疗首选的药物是（　　）。

A．氯磺丙脲　　B．优降糖

C．普通胰岛素　　D．鱼精蛋白锌胰岛素

181．给糖尿病酮症酸中毒及昏迷患者补液，应首选（　　）。

A．5%葡萄糖液　　B．生理盐水

C．低分子右旋糖酐　　D．极化液

182．诊断系统性红斑狼疮的指标，特异性最强的是（　　）。

A．找到狼疮细胞　　B．抗核抗体阳性

C．抗双链 DNA 抗体阳性　　D．抗 Sm 抗体阳性

183．女，30 岁，近 3 个月来感乏力、全身不适，双手近侧指关节疼痛伴肿胀，有明显晨僵，活动后疼痛减轻，其最可能的诊断是（　　）。

A．风湿性关节炎　　B．增生性关节炎

C．系统性红斑狼疮　　D．类风湿性关节炎

184．关于风湿性疾病的描述，正确的是（　　）。

A．病因多明确　　B．病变主要累及骨、关节

C．病程一般较短　　D．同一疾病临床表现大同小异

185．与系统性红斑狼疮发病无关的是（　　）。

A．遗传　　B．链球菌感染

C．药物　　D．雌激素水平

186．系统性红斑狼疮属于（　　）。

A．自身免疫性疾病　　B．代谢性疾病

C．感染性疾病　　D．地理环境性疾病

187．系统性红斑狼疮检查中阳性率最高的是（　　）。

A．抗 Sm 抗体　　B．抗双链 DNA 抗体

C．抗核抗体　　D．狼疮细胞

188．系统性红斑狼疮时特异性较高且与病情进展密切相关的是（　　）。

A．抗核抗体　　B．抗双链 DNA 抗体

C．抗体 Sm 抗体　　D．抗双链 RNA 抗体

189．在胸骨左缘 3、4 肋间闻及舒张期叹气样杂音，应考虑（　　）。

A．二尖瓣狭窄　　B．二尖瓣关闭不全

C．主动脉瓣关闭不全　　D．主动脉瓣狭窄

190．在为高血压患者检查血压时，下属哪项操作是错误的（　　）。

A．在测血压前先嘱患者休息 20min

B．被测肢体的肘臂伸直、掌心向上，肱动脉与心脏在同一水平

C．将听诊器胸件放在袖带下面，以手稍加固定

D．如须重复测量时，可先将水银柱回 0，5min 后测量第二次

191．临床检查为意识不清，压眶无反应，尿失禁，属于（　　）。

A．嗜睡　　B．昏迷　　C．浅昏迷　　D．深昏迷

192．患者，男，65 岁，患高血压病 15 年，今日中午酒后突然昏迷，查体见两侧瞳孔不等大，应考虑（　　）。

A．酒精中毒　　B．深度昏迷

C．有机磷中毒　　D．脑疝形成

193．临床上最常见的急性脑血管疾病是（　　）。

A．脑出血　　B．短暂性脑缺血发作

C．脑血栓形成　　D．脑栓塞

194．某患者肢体可在床面移动但不能抬起，肌力应为（　　）。

A．0 级　　B．1 级　　C．2 级　　D．3 级

195．脑出血最常见的部位是（　　）。

A．小脑　　B．脑桥　　C．内囊　　D．脑室

196．脑出血的确诊依据是（　　）。

A．争吵后头痛呕吐

B．偏瘫、偏盲、偏身感觉障碍者

C．急性偏瘫者，伴 CT 中对应区域有低密度病灶

D．急性偏瘫者，伴 CT 中对应区域有高密度病灶

197．男，72 岁，晨起发现左侧肢体不能活动，即来医院诊断为脑血栓；下列处理哪项是错误的（　　）。

A．降低颅内压、治疗脑水肿　　B．抗凝治疗

C．保持呼吸道通畅　　D．静脉滴注止血药物

198．青年男性，在用力大便时突然剧烈头痛、呕吐，查体：意识清、布鲁辛斯基征阳性，脑脊液呈血性；应首先考虑（　　）。

A．内囊出血　　B．小脑出血

C．蛛网膜下腔出血　　D．桥脑出血

199．鉴别脑出血和蛛网膜下腔出血，关键是前者有（　　）。

A．意识障碍　　B．脑膜刺激征

C．高血压　　D．神经系统定位症状

200．关于脑出血的治疗，下列哪项错误（　　）。

A．严格制动、绝对卧床　　B．控制高血压

C．降低颅内压、控制脑水肿　　D．静点低分子右旋糖酐改善脑循环

201．男，60 岁，睡眠起床后发现语言不清，右侧肢体活动不灵；应首先考虑（　　）。

A．脑出血　　B．脑血栓形成

C．蛛网膜下腔出血　　D．脑栓塞

202．缺血性脑血管病急性期治疗，错误的是（　　）。

A．溶栓治疗，尽早恢复血供

B．硝普钠静点，降低血压

C．静点低分子右旋糖酐，改善脑供血

D．抗脑水肿，降低颅内压

203．女，39 岁，患风心病二尖瓣狭窄，突然出现偏瘫、失语，查体：神清，脑脊液正常，心电图提示心房纤颤，最可能的诊断是（　　）。

A．脑出血　　B．脑栓塞

C．脑血栓形成　　D．短暂性脑缺血发作

204．癫痫大发作，下列哪项不符（　　）。

A．尖叫一声、跌倒在地　　B．全身抽搐、口吐白沫

C．瞳孔散大、对光反射消失　　D．胡言乱语、毁物伤人

205．癫痫的诊断，主要依赖于（　　）。

A．神经系统检查　　B．典型发作表现

C．脑电图检查　　D．脑 CT 扫描

206．治疗癫痫持续状态，终止发作，首选药物是（　　）。

A．安定　　B．苯妥英钠

C．水合氯醛　　D．阿米妥钠

207．男，12 岁，突然意识丧失跌倒，全身强直数秒钟后抽搐，口吐粉红色血沫，2min 后发作停止，间隙 10min 后又有类似发作，先后 6 次，间隙期意识不清；其最可能的诊断是（　　）。

A．全面性强直—阵挛发作　　B．复杂部分性发作

C．失神性发作　　D．癫痫持续状态

208．上例患者应立即作出的有效处理是（　　）。

A．20%甘露醇静滴　　B．安定静脉注射

C．苯妥英钠肌注　　D．异戊巴比妥钠肌注

209．不符合神经衰弱特点的是（　　）。

A．症状多样性　　B．患者无自知力

C．客观检查无阳性体征　　D．病情波动、反复迁延

210．患者突然失明，但行走时可绕开障碍物，外眼检查正常，应考虑（　　）。

A．视网膜病变　　B．糖尿病

C．癔病　　D．青光眼

211．消除癔症症状的有效方法是（　　）。

A．心理治疗　　B．暗示疗法

C．药物治疗　　D．物理疗法

212．腹部触诊方法不正确的是（　　）。

A．一般取仰卧位，两下肢伸直　　B．检查时动作轻柔，由浅入深

C．先从健侧开始逐渐移向患侧　　D．触诊时医生位于患者右侧

213．对腹部疾病诊断具有重要价值的检查是（　　）。

A．视诊　　B．触诊　　C．叩诊　　D．听诊

214．肺动脉瓣听诊区的听诊部位正确的是（　　）。

A．心尖部　　B．胸骨右缘第二肋间

C．胸骨左缘第二肋间　　D．胸骨左缘第 3、4 肋间

（215～216 题共用题干）患者，男，34 岁，中午饮酒后突感剧烈头痛，伴频繁呕吐，烦躁不安；体检中嘱患者仰卧，两下肢伸直，医生一手托起患者枕部，另一手按其胸前，头部前屈时，患者出现双髋与膝关节同时屈曲。

215．患者出现了何种体征（　　）。

A．颈强直　　B．Kernig 征

C．Brudzinski 征　　D．Hoffmann 征

216．上例患者应考虑何种疾病（　　）。

A．脑出血　　B．蛛网膜下腔出血

C．高血压脑病　　D．脑梗塞

217．有机磷农药中毒时，瞳孔的变化是（　　）。

A．瞳孔缩小　　B．瞳孔不等大

C．双瞳孔直径为 4mm　　D．瞳孔散大

218．提示阿托品中毒，须立即停用阿托品的指征是（　　）。

A．肺部湿啰音消失　　B．颜面潮红

C．口干　　D．尿潴留

219．一氧化碳中毒时，最先受损的脏器是（　　）。

A．脑　　B．肝　　C．肺　　D．肾

220．一氧化碳中毒较为典型的临床症状是（　　）。

A．幻听、失语　　B．呼吸困难、面色苍白

C．口唇呈樱桃红色　　D．四肢湿冷、全身大汗

221．错觉是指（　　）。

A．对客观事物歪曲的知觉

B．对已知的事物有未经历的陌生感

C．对从未经历的事物有熟悉感

D．对客观事物部分属性产生了错误的知觉

222．幻觉是指（　　）。

A．对客观事物歪曲的知觉

B．没有现实刺激作用于感觉器官时出现的知觉体验

C．对客观现实中存在事物的知觉体验

D．客观刺激作用于感觉器官的知觉体验

223．妄想是指（　　）。

A．思维联想障碍　　B．联想形式障碍

C．大量涌现的不自主的观念　　D．是一种病理性的歪曲信念

224．自知力缺乏说明患者（　　）。

A．意识障碍　　B．计算力差

C．理解力不好　　D．现实检验能力缺乏

225．癔症患者的特点为（　　）。

A．人格衰退　　B．仅见于女性

C．与病前性格无关　　D．起病突然，症状多样，易复发

226. 在传染病的感染过程中，最常见的感染表现形式是（　　）。

A．隐性感染　　B．显性感染

C．病原携带状态　　D．潜伏性感染

227．传染病的基本特征是（　　）。

A．有传染性、传播途径、免疫性、人群易感性

B．有病原体、流行性、传染性、传染源

C．有病原体、传染性、流行病学特征、感染后免疫力

D．有传染性、突发性、传染源、传播途径

228．构成传染病流行过程的基本条件是（　　）。

A．微生物、媒体、宿主　　B．病原体、环境、宿主

C．病原体的侵袭力、毒力、数量　　D．传染源、传播途径、人群易感性

229．一孕妇，30 岁，既往体健，近 1 年来发现 HB_SAg 阳性，但无任何症状，肝功能正常。经过十月怀胎，足月顺利分娩一 4500 克男婴，为切断母婴传播，对此新生儿最适宜的预防方法是注射（　　）。

A．乙肝疫苗　　B．丙种球蛋白

C．乙肝疫苗+丙种球蛋白　　D．乙肝疫苗+高效价乙肝免疫球蛋白

230．患者，女性，28 岁，有不洁性接触史。近 3 个月来发热、咳嗽、呼吸急促和发绀，疑为肺炎，经多种抗生素治疗无效，全身状况日渐衰竭，全身淋巴结肿大，血清抗-HIV（+），诊断为艾滋病。艾滋病肺部感染最常见的是（　　）。

A．肺孢子虫肺炎　　B．肺炎球菌肺炎

C．支原体肺炎　　D．肺结核

231．ARDS 患者给氧应采取（　　）。

A．间歇给氧　　B．酒精湿化给氧

C．呼气末正压给氧　　D．持续低流量给氧

232．患者，男性，46 岁。风湿性心瓣膜病二尖瓣关闭不全病史 10 年。因高热一周入院，查体：体温 39℃，眼结合膜有淤点，心率 110 次/分，律齐，心尖部可闻及 4 级收缩期杂音，足底可见紫红色结节，有压痛。白细胞计数 12×10^9/L，血红蛋白 80g/L。最可能的诊断是（　　）。

A．获得性免疫缺陷综合征（AIDS）　　B．斑疹伤寒

C．风湿热　　D．亚急性感染性心内膜炎

233．治疗溃疡性结肠炎首选的药物是（　　）。

A．阿托品　　B．柳氮磺吡啶

C．维生素 K　　D．庆大霉素

234．溃疡性结肠炎急性发作期应采用（　　）。

A．低蛋白饮食　　B．胃肠外营养

C．无渣流质或半流质饮食　　D．高纤维素饮食

235．热痉挛时最常波及的肌肉是（　　）。

A．腓肠肌　　B．肱二头肌

C．股四头肌　　D．腹直肌

236．中暑最常见的临床类型为（　　）。

A．热射病　　B．热痉挛

C．热衰竭　　D．日射病

237．热衰竭最突出的表现是（　　）。

A．脑水肿　　B．呼吸衰竭

C．心力衰竭　　D．周围循环衰竭

238．患者，农民，39 岁。在夏收劳动中突然头晕、耳鸣、口渴、恶心、四肢无力，体温 37.5℃，首要的处理是（　　）

A．头部、腋下放冰袋　　B．移至阴凉通风处休息

C．给予氧气吸入　　D．静脉滴注生理盐水

239．帕金森病患者的特征性步态是（　　）

A．鸭状步态　　B．跨阈步态

C．蹒跚步态　　D．慌张步态

240．在服用左旋多巴时，应尽量避免同时服用的维生素是（　　）

A．维生素 A　　B．维生素 B6

C．维生素 D　　D．维生素 E

四、简答题

1．简述慢性支气管炎的诊断标准。

2．慢性阻塞性肺气肿有哪些体征？

3．引起哮喘发作的过敏原有哪些？

4．简述支气管扩张的临床特征。

5．简述肺结核大咯血窒息的抢救措施。

6．引起哮喘持续状态的原因有哪些？

7．哮喘持续状态如何救治？

8．试述肺炎球菌肺炎的典型临床表现。

9．简述中毒性肺炎的抢救措施。

10．简述肺心病急性期的治疗原则。

11．简述呼吸衰竭的分型和判断标准。

12．简述呼吸衰竭的治疗原则？

13．简述结核病的临床分型。

14．如何预防肺结核传播？

15．简述常用的抗结核药及其副作用。

16．简述协助排痰的措施。

17．简述洋地黄类药的最佳疗效指标。

18．慢性心力衰竭的并发症有哪些？

19．急性心衰的抢救措施有哪些？

20．试述缓进型高血压的主要临床表现。

21．高血压病的非药物治疗措施有哪些？

22．简述常用的降压药种类及代表药。

23．高血压急症的抢救措施有哪些？

24．引起冠状动脉粥样硬化性心脏病的原因有哪些？

25．简述心绞痛的临床特点。

26．冠心病的临床分型有哪些？

27．急性心肌梗死有哪些症状？
28．简述急性心肌梗死的治疗原则。
29．急性心肌梗死有哪些并发症？
30．简述二尖瓣狭窄的体征。
31．简述主动脉瓣关闭不全的体征。
32．风湿性心瓣膜病的并发症有哪些？
33．简述心律失常的分类。
34．试述室性早搏的心电图特点。
35．试述阵发性心动过速的心电图特点。
36．试述心房纤颤的心电图特点。
37．简述心功能分级。
38．高血压眼底改变如何分级？
39．急性心肌梗死特征性的心电图改变有哪些？
40．简述心房颤动听诊的特点。
41．消化性溃疡腹痛的主要特点有哪些？
42．消化性溃疡有哪些并发症？
43．肝硬化失代偿期肝功能减退的主要表现有哪些？
44．门静脉高压的表现哪些？
45．门静脉高压可引起哪些侧支循环？
46．简述肝硬化的并发症。
47．简述肝性脑病各期的临床特征。
48．简述急性胰腺炎水肿型的主要临床特征？
49．简述上消化道大出血的表现。
50．简述尿细菌学检查标本的采集。
51．简述肾盂肾炎的预防措施。
52．慢性肾盂肾炎的易感因素有哪些？
53．简述缺铁性贫血的预防措施。
54．简述口服铁剂的护理措施。
55．引起缺铁性贫血的原因有哪些？
56．简述急、慢性再障的区别。
57．简述甲状腺危象的抢救措施。
58．简述糖尿病酮症酸中毒的抢救原则。
59．简述 1 型和 2 型糖尿病的临床特点。
60．糖尿病常见并发症有哪些？
61．简述胰岛素的使用原则。
62．简述甲亢的高代谢症候群表现。
63．简述浅昏迷与深昏迷的区别。
64．简述肌力的分级。

65．如何区别脑出血和脑血栓形成？
66．简述上、下运动神经元瘫痪的区别。
67．简述短暂性脑缺血发作的临床特点。
68．简述急性出血性脑血管病的治疗原则。
69．试述癫痫的药物治疗原则。
70．简述神经症的共同特点。
71．癔病的临床特点有哪些？
72．简述急性中毒的抢救原则。
73．急性有机磷农药中毒有哪些表现？
74．甲亢突眼的护理措施有哪些？
75．简述传染病的预防措施。

五、论述题

1．患者，男，68 岁，有吸烟史 30 余年，出现慢性咳嗽、咳痰 20 余年；近 5 年来明显加剧，常年发病，伴有喘息和呼吸困难，且以冬春季更甚；3 天前因受凉感冒，而致发热、剧咳、咯多量黄脓痰、气急、发绀，今晨起出现神志模糊，躁动不安，故急送来院就诊；体检：T 39.2℃，P122 次/分，R 30 次/分，Bp18.7/12kPa；半卧位，意识模糊，唇颊发绀，球结膜充血，皮肤湿暖，有杵状指（趾）；桶状胸，双侧语颤减弱，叩诊呈过清音，听到哮鸣音及湿啰音；心尖搏动不明显，心律尚齐，心尖部听到Ⅱ级收缩期吹风样杂音；肝肋下触及 2cm，质软，脾未触及；实验室检查：RBC 5.5×10^{12}/L，Hb 160g/L；WBC 13×10^{9}/L，N 0.92；PaO_2 6.9kPa，$PaCO_2$ 8.0kPa。

问题：（1）该病例诊断为何病？
（2）治疗原则是什么？

2．患者，男，44 岁，3 天前因过度劳累并淋雨后突然寒战高热，咳嗽无痰，伴右侧胸痛，曾注射退热药，上述症状渐加重；今日咳痰增多，偶有铁锈色痰，并感呼吸费力，伴轻度腹痛、腹泻。查体：T 39.7℃，R 28 次/分，P 112 次/分，Bp 50/40mmHg；面色苍白、精神委靡，口唇发绀伴疱疹，右胸呼吸动度减弱，右侧第四肋间以下语颤增强，叩诊呈浊音，可闻及支气管呼吸音及湿性啰音；心音低钝、律齐而快，HR 112 次/分；余无异常。实验室检查：WBC 31.4×10^{9}/L，N 0.91。

问题：（1）诊断何病？写出诊断依据？
（2）如何救治？

3．患者，男性，43 岁，患浸润性肺结核 10 余年，由于缺乏正规治疗而复发加重。近 3 个月来午后低热明显，咳黄色黏液性痰，痰液黏稠不易咳出，胸闷气促，活动后加重。一星期前咯血不止，昨天咯血约 300ml 以上，体格检查：体温 38.1℃，呼吸 25 次/分，脉搏 94 次/分，消瘦，右上肺和左上肺可听到广泛的湿啰音，痰结核杆菌阳性，目前患者焦虑不安，不思饮食而来求治。

问题：（1）大咯血如何救治？
（2）如何预防结核病传播？

4．患者，男，62 岁，高血压病史 10 余年，2 年前有急性心肌梗死病史；患者于今夜睡后 2h 突感胸闷、气急、不能平卧，大汗淋漓、端坐呼吸、口唇紫绀，咳嗽、咯粉红色泡沫样痰，急诊入院；查体：Bp22.7/14.6kPa，P124 次/分，两肺布满干、湿性啰音和哮鸣音，心率 124 次/分，律齐，心尖部可闻及舒张期奔马律；急查心电图示窦性心动过速，陈旧性广泛前壁心肌梗死，心肌呈缺血性改变。

问题：（1）患者最可能的诊断是什么？

（2）急救措施有哪些？

5．患者，女，45 岁，上腹痛，恶心、呕吐 10h 急诊入院；10h 前进食油条后逐渐出现上腹持续性疼痛，并渐加重，呈刀割样，向后背放射，前倾位腹痛可减轻；伴频繁恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物；既往有胆石症；体检：Bp14/8kPa，稍肥胖，痛苦面容，巩膜、皮肤无黄染，心肺无异常，中、上腹有压痛，无肌紧张及反跳痛，肝脾未及，莫菲征（–）；实验室检查：血常规 WBC 15×10^9/L，N 0.80，L 0.18，血淀粉酶 800u（苏氏），尿淀粉酶 100u（温氏），心电图正常。

问题：（1）可能的诊断及诊断依据是什么？

（2）治疗原则如何？

6．患者，男，32 岁，饥饿性上腹部疼痛 2 年，加重伴间断呕血、黑便 2 天；2 年来常出现上腹部反复饥饿性疼痛，常有夜间痛醒，尤以冬季明显，并伴反酸，进食后疼痛缓解；未进行规则治疗，上述症状逐渐加重，且疼痛时间延长；2 天前因工作劳累，突感恶心、头晕，吐咖啡色样胃容物约 300ml，后间断排出黑便 6 次，伴头晕、乏力、气急，急诊入院。查体：T 36.9℃，P 110 次/分，R 21 次/分，Bp 70/45mmHg；神情、合作，贫血貌，皮肤、黏膜无黄染及出血点，心、肺检查未见异常，腹平软，剑突下偏右处有明显压痛，肝脾未及，余无异常。实验室检查：RBC 3.5×10^{12}/L，Hb 80g/L，WBC 12×10^9/L，N 0.74，大便呈黑油亮状，潜血试验强阳性，超声检查：肝、脾未见异常。

问题：（1）诊断为何病？有何依据？

（2）治疗原则是什么？

7．患者，女，26 岁，寒战高热伴尿急、尿频、尿痛一天，感恶心、呕吐和明显左腰部疼痛，并向左大腿内侧放射；查体：T 39.3℃， P 95 次/min，R 26 次/min，Bp 17/10kPa，神清合作，急性热性面容，心肺检查无异常，腹平软，左侧上输尿管点有明显压痛，左肾区叩击痛明显，余检查无异常。

问题：（1）写出初步诊断。

（2）如何确诊？怎样收集标本？

8．患者，女，25 岁，头晕、心悸 1 年，1 年来月经量增多，喜吃泥土；查体：面色苍白，毛发干枯，心率 100 次/分，心尖部可闻及 III 级收缩期吹风样杂音，肝脾未及，两下肢轻度指陷性水肿；Hb50g/L，RBC3.0×10^{12}/L，WBC 5×10^9/L，PLT 100×10^9/L，Ret 0.02。

问题：（1）诊断为何病？

（2）如何指导患者用药？

9．患者，女，40 岁，因烦躁易怒、怕热多汗半年就诊。半年前与同事发生争执后出现烦躁、失眠，渐出现怕热、多汗、心悸、稍活动即加重，食欲明显增加，大便每日 3～5 次，

体重下降约 15 公斤，明显乏力，饮水较多；月经周期延长，经量减少；体检： T 37.4℃、P 110 次/min、R 18 次/min、Bp21.3/10.7kPa，皮肤湿温，营养较差，眼裂增宽，双眼突出度为 17mm，甲状腺Ⅱ度肿大、质软、无结节、双侧均可触及震颤、并可闻及杂音，心率 110 次/分，律整，S_1 亢进，腹软、肝脾未及，双手平举有细颤，神经反射无异常。

问题：(1) 初步诊断为何病？有何依据？

(2) 如何护理患者的突眼？

10．患者，男，76 岁，因右侧肢体活动障碍、口角歪斜及语言不清 2h 入院；患者于今晨起床时发现右侧上、下肢无力、活动障碍，家人发现其口角歪斜、语言不清，自感头晕头痛；自述近半月来常感右半身发麻，每天发作数次，数十分钟后消失，未介意；查体：T、P、R 均正常，Bp20/11kPa；被动体位，神清，心肺、腹部检查未见异常；神经系统检查：眼底动脉变细、有动静脉交叉压迹，右侧鼻唇沟变浅，伸舌偏右，右侧上、下肢肌张力明显减弱，肌力 II 级，深浅感觉减退，腱反射减弱，病理反射阳性，左侧肢体检查正常。

问题：(1) 初步诊断及诊断依据？

(2) 治疗原则是什么？

11．患者，男，50 岁，渐进性劳累后呼吸困难 5 年，伴双下肢浮肿一周；患者 5 年前，在一次劳动中突感心悸、气短、胸闷，休息 1h 后稍缓解；此后自觉体力渐不支，尤以活动后上述症状渐加重，但无心前区疼痛；曾在当地医院诊断为“心房纤颤”，经药物治疗效不佳；一周前因感冒后气短明显加重，不能平卧，尿少，两下肢浮肿，伴食欲明显减退、腹胀而来院就治。既往有高血压史 20 余年（170/100mmHg）未治疗。体检：T 37.1℃， P 70 次/分，R 21 次/分，Bp 165/100mmHg，神情合作，半卧位，口唇轻度紫绀，巩膜无黄染，颈静脉怒张，气管居中，甲状腺不大；左肺可闻及细湿啰音，心界向两侧扩大，心率 96 次/分，律不整，心前区可闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音；腹平软，肝大 3cm，有触痛，肝颈静脉回流征阳性，脾未及，移动性浊音（–），肠鸣音减弱；双下肢明显凹陷性水肿。化验：WBC 6.7×10^9/L，尿蛋白（±），镜检（–）。

问题：(1) 初步诊断及诊断依据？

(2) 治疗原则是什么？

12．男，60 岁，劳累后胸骨后疼痛 3 年，加重伴大汗 2h；患者 4 年前始无明显诱因出现劳累性胸骨后疼痛，稍事休息后可缓解；2h 前因搬重物突感胸骨后压榨性疼痛，有濒死感；休息或口服硝酸甘油不能缓解，伴大汗、恶心；既往无高血压及心绞痛史，烟龄 20 余年，20 支/日。体检：T 36.8℃， P 100 次/分，R 20 次/分，Bp 100/60mmHg；急性病容，神清合作，颈软，无颈静脉怒张；两肺未见异常，心界不大，心率 106 次/分，可闻及早搏 5～6 次/分；余无异常。心电图示：$STV_{1\sim3}$ 明显抬高、QRS $V_{1\sim3}$ 呈 Qr 型、T 波倒置，频发室性早搏。

问题：(1) 诊断及诊断依据是什么？

(2) 还需作何检查？

(3) 治疗原则是什么？

第二部分

外科护理学

复 习 指 导

第一章　外科体液代谢失衡

复习要求

1．熟悉正常体液平衡的内容，高钾血症的病因、临床表现、护理要点。
2．掌握各种缺水、低钾血症、代谢性酸中毒的病因、临床表现、辅助检查和护理要点。

复习内容

一、正常体液平衡

正常体液平衡包括水的平衡、电解质平衡和酸碱平衡。

（一）水平衡

正常成年男性体液约占体重的 60%（女性约占 55%），其中细胞内液约占 40%（女性约占 35%），细胞外液约占 20%。

- 体液
 - 细胞内液（成年男性约占体重的 40%，女性约占 35%）
 - 细胞外液
 - 血浆（5%）
 - 组织间液（15%）
 - 功能性细胞外液（13%～14%）
 - 无功能性细胞外液（1%～2%）

一般正常成年人 24h 水的出入量均为 2000～2500mL，如表 2-1-1 所示。

表 2-1-1　正常成年人 24h 出入水量

每天入水量（mL）	每天出水量（mL）	
饮　　水：1000～1500	显性失水	尿　　液：1000～1500
食物含水：700		粪便含水：150
内 生 水：300	不显性失水	呼吸蒸发：350
	（无形失水）	皮肤蒸发：500
总入水量：2000～2500	总出水量：2000～2500	

（二）电解质平衡

细胞外液的主要阳离子是 Na^+，主要阴离子是 Cl^-、HCO_3^- 和蛋白质。细胞内液的主要阳离子是 K^+，主要阴离子是 HPO_4^{2-} 和蛋白质。

正常情况下，细胞内液与细胞外液的渗透压相等，均为 290～310mmol/L。

水和电解质的平衡主要通过肾脏调节。肾的调节功能又受到抗利尿激素（ADH）和醛固酮（ADS）的影响。

（三）酸碱平衡

正常人体液的 pH 值为 7.35～7.45，主要通过 3 个方面进行调节：缓冲系统（含量大、速度快、但作用时间短暂）、呼吸调节（调节挥发性酸）、肾调节（肾脏是调节酸碱平衡最重要的器官）。

二、缺水与缺钠

水和钠的关系十分密切，缺水的同时多伴有缺钠，临床上根据缺水与缺钠的程度不同，将缺水和缺钠分为高渗性缺水、低渗性缺水和等渗性缺水三类。

（一）高渗性缺水

也称原发性缺水。缺水多于缺钠，细胞外液呈高渗状态。细胞内水分向外移出而造成细胞内缺水甚于细胞外。主要病因：①水分摄入不足；②水分排出过多。实验室检查：血液浓缩，血清钠升高（血清钠＞150mmol/L），尿密度增高。

根据临床表现可分为轻、中、重 3 度，如表 2-1-2 所示。

表 2-1-2　缺水临床分度的评估

程　度	临 床 特 点	失水量占体重的百分比
轻度缺水	以口渴为主	2%～4%
中度缺水	严重口渴，尿少，出现缺水征（黏膜干燥，眼窝内陷，皮肤弹性下降），常伴烦躁不安	4%～6%
重度缺水	上述表现加重，伴神志不清、发热、躁狂、昏迷等神经系统症状，还可出现循环障碍的表现	6%以上

（二）低渗性缺水

也称慢性缺水或继发性缺水。缺钠多于缺水，细胞外液呈低渗状态。细胞外液中的水分

向细胞内转移，引起细胞水肿或细胞内液量变化不大，而使细胞外液缺水严重（尤以组织间液缺水显著）。主要病因：①胃肠道消化液持续丧失，如严重腹泻、反复呕吐；②大面积烧伤创面慢性渗液或肠瘘等引起；③排钠过多；④失液后只注重补水，而未及时补钠等所致。实验室检查：血液浓缩，血清钠降低（血清钠＜135mmol/L），尿密度降低。

临床表现以周围循环衰竭症状为主，根据临床表现可分为轻、中、重 3 度，如表 2-1-3 所示。

表 2-1-3　缺钠临床分度的评估

程　度	临床表现	血钠（mmol/L）	缺钠（g/kg 体重）
轻度缺钠	头晕，乏力，食欲不振，手足麻木等，尿量正常或增多，尿密度降低，尿 Na＋及 Cl－含量下降	130～135	0.5
中度缺钠	除以上症状，还有恶心呕吐，皮肤弹性下降、眼球内陷，表情淡漠，直立性晕倒，血压不稳，尿量减少，尿密度低，尿 Na＋及 Cl－几乎无	120～130	0.5～0.75
重度缺钠	以上症状加重，并出现代谢性酸中毒、木僵、昏迷、休克等症状	＜120	0.75～1.25

（三）等渗性缺水

也称急性缺水或混合性缺水，外科临床最常见。水和钠成比例丢失，细胞外液渗透压和血清钠处于正常范围内。主要因体液持续急性丧失所致，如急性腹泻、急性肠梗阻、肠瘘，严重烧伤等。实验室检查血清钠浓度正常，血液浓缩，尿密度基本正常。临床表现既有缺水症状（口渴不明显），又有缺钠症状（失液量达体重的 5%时，即可出现血容量不足的症状）。

（四）护理要点

1．协助医生进行病因治疗。

2．液体疗法护理　包括补液量、液体种类、补液方法、补液监测 4 个方面的问题。

(1)补液量：包括以下三部分：①日需量(即生理需要量，一般成人每天需 2000～2500mL)；②失衡量（又称累积丧失量；按缺水程度或补液公式估算，第一天补估算量的 1/2）；③继续损失量（又称额外丧失量；原则为丢多少，补多少)。

(2) 液体种类：①日需量：一般成人每天须补氯化钠 5～9g，葡萄糖 100～150g 以上，水分 2000～2500 mL，氯化钾 2～3g；②失衡量：根据缺水的类型补充相应的液体；③继续损失量：按丢失液体的性质补充，如：体温每升高 1℃，丧失水分增加 3～5mL/kg 体重，大量出汗湿透一身衬衣裤，需补液约 1000mL（补低渗液，含氯化钠约 0.25%～0.3%）；气管切开病人每天增加丧失水分约 700～1000mL，主要补 5%葡萄糖溶液。

(3) 补液方法：一般遵循先盐后糖，先晶后胶，先快后慢，交替输入，尿畅补钾的原则进行，但应根据病情灵活掌握。

(4) 补液监测：保持输液通畅；记录液体出入量；观察治疗反应，进一步调整输液的速度、数量及液体种类。观察指标包括精神状态、缺水征象的恢复程度、生命体征、颈静脉充盈度、尿量（最重要）和中心静脉压（CVP）与实验室检查指标等。

三、钾代谢失衡

体内的钾离子约 98%存在于细胞内，细胞外液含钾量很低，血清钾浓度仅为 3.5～5.5mmol/L。血清钾低于 3.5mmol/L 为低钾血症；血清钾高于 5.5mmol/L 为高钾血症。

（一）低钾血症

1．病因　①钾摄入不足；②钾排出过多；③体内钾转移；④碱中毒。

2．临床表现　①肌无力（为最早的症状），先是四肢软弱无力，后波及躯干及呼吸肌，病人可出现吞咽困难、呛咳、呼吸困难甚至窒息等；还可有腱反射减弱或消失，严重时出现软瘫；②厌食、恶心呕吐、腹胀、肠蠕动减弱或消失；③心悸、心动过速、心律不齐、血压下降，严重时出现心室纤颤而停搏。④代谢性碱中毒及反常酸性尿。

3．辅助检查　①血清钾＜3.5mmol/L；②心电图检查见 T 波低平或倒置，S-T 段降低，Q-T 间期延长，严重时出现 U 波。

4．护理要点

（1）病情观察　观察生命体征、尿量、血钾和心电图，尤其是心室纤颤的迹象。

（2）用药护理　及时补充钾盐，能口服者尽量口服（口服最安全），不能口服者应静脉补钾。

静脉补钾时必须遵循以下原则：①尿畅补钾：成人尿量＞40mL/h 时方可补钾；②浓度不过高：钾盐浓度≤0.3%；③速度不过快：成人静滴速度≤60 滴/分；④补钾不过量：严重缺钾者每天补钾总量≤6～8g；⑤严禁静脉推注。

（二）高钾血症

1．病因　①钾摄入过多；②钾排出减少；③钾体内转移；④酸中毒。

2．临床表现　无特异性，轻度者有短暂性的神经肌肉兴奋性增高，临床不易观察到，继续加重则可出现：①肢体软弱无力、感觉异常、神志淡漠或恍惚；②心动过缓，心律不齐，严重时出现舒张期心跳停搏；③微循环障碍：皮肤苍白、发冷、青紫、血压下降等。

3．辅助检查　①血清钾＞5.5mmol/L；②心电图出现 T 波高尖，QRS 波群异常增宽，QT 间期、PR 间期延长。

4．护理要点　限钾，降钾（包括纠正酸中毒），抗钾。

四、酸碱代谢失衡

血 pH 值低于 7.35 时为酸中毒，血 pH 值高于 7.45 时为碱中毒。凡因代谢性因素导致血 HCO_3^- 原发性降低或增高者，称为代谢性酸中毒或代谢性碱中毒；凡因呼吸性因素造成血 $PaCO_2$ 原发性增高或降低者，称为呼吸性酸中毒或呼吸性碱中毒。

本节仅描述代谢性酸中毒。

1．病因　①体内酸性物质过多；②体内碱性物质丢失过多。

2．临床表现　①呼吸深快（典型表现），有时呼气有烂苹果味（酮味）；②心律不齐，心音较弱、血压偏低，面部潮红，口唇樱红色（但休克时发绀）；③头痛、头昏、嗜睡，甚

至昏迷。

3．辅助检查　血 pH＜7.35、$PaCO_2$ 降低或正常、HCO_3^-↓，尿呈强酸性。

4．防治要点　首先处理原发病，较轻的代谢性酸中毒即可自行纠正，血浆 HCO_3^- 低于 15mmol/L 者，酌情使用碱性药物改善酸中毒。

5．护理要点

（1）病情观察。

（2）治疗配合：

1）应用碱性药物：轻度者适当补液纠正缺水后多可好转；严重者须静脉补给碱性溶液，常用 5%碳酸氢钠溶液。护理时注意：5%碳酸氢钠溶液若用量在 200mL 左右，可一次性静脉滴注，若用量较大，首次只给全量的 1/2；直接静脉滴注时滴速宜缓慢；碱性溶液内不宜加入其他药物；注意观察缺钙或缺钾症状的发生。

2）积极治疗原发病：如纠正高热、缺水、休克、腹泻，改善肾功能等。

第二章　外科休克

复习要求

1．了解休克的发病机制、辅助检查、临床分期，休克晚期的临床特点。
2．熟悉休克的病因分类、防治要点。
3．掌握休克早期、休克期的临床表现、护理措施。

复习内容

休克是指受到强烈的致病因素侵袭后，机体的有效循环血量减少、组织灌注不足、细胞缺血缺氧而致功能受损的临床综合征。

有效循环血量是指单位时间内通过心血管系统循环的血量，约占全身血容量的 80%～90%。有效循环血量的维护依赖于充足的血容量、有效的心排出量、适宜的周围血管张力。

根据病因分为低血容量性、感染性、心源性、神经性和过敏性休克五类，其中低血容量性和感染性休克在外科最常见。

多器官功能障碍综合征（MODS）是休克病人死亡的主要原因。

一、病因

常见于大出血（如上消化道出血、外伤性肝脾破裂等）、大面积烧伤、严重腹泻、严重呕吐、肠梗阻、急性腹膜炎、重症胆管炎等严重疾病。

二、身体状况

（一）临床表现

1．休克早期　精神兴奋、烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细速、收缩压变化不大而脉压缩小，尿量正常或稍微减少。

2．休克期　表情淡漠、感觉迟钝或神志不清，皮肤黏膜由苍白转为发绀或出现花斑，四肢厥冷，脉搏细速、血压下降且脉压更小，呼吸急促，尿量进一步减少，出现代谢性酸中毒。

3．休克晚期　以 DIC 和 MODS 为特征，可出现无脉搏、无血压、无尿、神志不清及全身广泛出血倾向。

（二）实验室及其他检查

1．血液检查　红细胞计数、血红蛋白值、血细胞比容、白细胞计数和分类等。

2．动脉血气分析。

3．中心静脉压（CVP）　代表右心房或胸腔内上、下腔静脉的压力，正常值为 0.49～0.98kPa

（5～10cmH_2O）。

4．肺毛细血管楔压（PCWP）　反映肺静脉、左心房、左心室的功能状态，正常值为 0.8～2.0kPa（6～15mmHg）。

5．血清电解质测定。

6．DIC 的监测　测定血小板计数、凝血酶原时间及血浆纤维蛋白原量等。

三、防治要点

治疗原则：及时补足血容量，积极消除病因，纠正代谢紊乱，维护重要脏器功能，防治并发症。

四、护理措施

（一）病情观察

包括生命体征（血压降低是休克的主要表现之一，休克时，收缩压常低于 90mmHg，脉压常小于 20mmHg）、神志、皮肤色泽和温度、尿量（反映肾血液灌注情况，是观察休克变化简便而有效的指标）、CVP 等。

血压及 CVP 可作为调整输液的指标，见表 2-2-1。

表 2-2-1　CVP 与血压对补液的监测

CVP	血压	原因	处理原则
低	低	血容量严重不足	充分补液
低	正常	血容量不足	适当补液
高	正常	容量血管过度收缩	舒张血管
高	低	心功能不全/血容量相对过多	给强心药，舒张血管，纠正酸中毒
正常	低	心功能不全/血容量不足	补液实验 *

* 补液实验：在 5～10 分钟内经静脉快速滴入 250ml 生理盐水，若血压升高而中心静脉压不变，提示血容量不足；若血压不变而中心静脉压升高 3～5cmHO，提示心功能不全。

（二）生活护理

1．体位　一般采用平卧位或中凹卧位，将病人头部和躯干抬高 15°～20°，下肢抬高 20°～30°。

2．吸氧　常规吸氧，控制氧流量 6～8L/min。

3．保暖和降温　体温下降者整体保暖，不得给患者采用热水袋等任何形式的局部体表加温。高热者应降温。

（三）治疗配合

1．补充血容量　又称扩容，是治疗休克的基本措施。开放多路静脉输液：要注意药物间的配伍禁忌、药物浓度和滴速，用药后要及时记录。一般先输入晶体液（可选用平衡盐液或等渗盐水），再输入扩容作用持久的胶体液（如低分子右旋糖酐、血浆等）。

2．应用血管活性药物　血管活性药物主要包括血管扩张剂、收缩剂及强心剂。

应用血管活性药应从低浓度慢速开始；按药量、浓度严格掌握输液速度，使血压维持稳定。血管扩张药必须在扩容和纠正酸中毒的基础上使用。静脉滴注血管收缩药时，要严防液体外渗造成局部组织坏死；出现液体外渗时，应立即更换输液部位，外渗部位用 0.25%普鲁卡因做血管周围组织封闭。强心剂使用过程中应注意观察心律变化及药物副作用。

3．处理原发病。

4．纠正酸碱平衡失调。

5．防治感染。

6．维护重要脏器功能。

第三章　急性肾衰竭

复习要求

1．了解 ARF 的发病机制及健康教育。
2．熟悉 ARF 的病因，多尿期的临床特点和护理措施。
3．掌握 ARF 少尿期的临床表现和护理措施。

复习内容

急性肾衰竭（ARF）是由肾脏本身或肾外因素使肾实质破坏，造成肾功能急性障碍而产生的临床综合征。可分为少尿型（多见）和非少尿型（少见），本章仅描述少尿型。

少尿型 ARF 的主要表现为：少尿或无尿，尿毒症，水、电解质、酸碱平衡紊乱。

一、病因

1．肾前性　临床最常见。肾脏本身无病变，由于大出血、休克、严重水和电解质紊乱等原因引起有效循环血量减少，肾血流降低而出现少尿或无尿。

2．肾性　由肾缺血和肾中毒所造成的肾实质损害。常见于肾小球和肾小管病变、药物及中毒等。大量溶血、严重挤压伤时所产生的血红蛋白、肌红蛋白阻塞肾小管亦可引起。

3．肾后性　是指双侧输尿管或肾脏的尿流突然受阻，而继发急性肾衰竭。多因结石阻塞、肿瘤压迫、手术损伤等引起。

二、身体状况

（一）临床表现

1．少尿或无尿期　持续时间为 7～14 日，有时可超过两周，时间愈长，病情愈重。①少尿或无尿：患者尿量突然减少甚至无尿。凡成人 24h 尿量少于 400mL，称为少尿；如少于 100mL 则为无尿；②水中毒。③电解质紊乱：常表现为血钾、血磷增高，血钠、血钙降低；④代谢性酸中毒；⑤尿毒症：体内尿素氮（BUN）、肌酐（Cr）等代谢产物不能排出，导致血 BUN、Cr 增加，称氮质血症。血内酚、胍类等毒性物质增加，引起恶心、呕吐、头痛、烦躁、乏力、昏迷和抽搐等症状，称为尿毒症。

主要死亡原因为高钾血症、水中毒和酸中毒，尤以高钾血症最为危险。

2．多尿期　尿量逐渐增多，超过 400mL/d 即表示进入多尿期。此期患者每天尿量可高达 3000mL 以上。多尿初期高钾血症及氮质血症仍然存在；多尿后期可出现低钠血症、低钾血症和脱水等表现。

此期持续时间 1～2 周，约有 20%患者在此期死亡。

3．恢复期　尿量和水、电解质、酸碱平衡基本恢复正常，症状消失。

（二）实验室及其他检查

1．少尿或无尿期　尿液密度低而固定，多在 1.010～1.014 之间，并含有蛋白、红细胞、白细胞及管型等成分；血肌酐、血尿素氮迅速增高；血钾、磷升高、血钠、钙降低；血 pH 值、HCO_3^-、BE 降低。

2．多尿期　早期血肌酐、尿素氮、钾仍高于正常。后期可出现低血钾、低血钠等；并发感染可有白细胞计数升高等。

三、防治要点

严格限制入水量，纠正电解质紊乱，治疗酸中毒，减轻氮质血症，预防感染，防止并发症发生。对创伤、感染、中毒、休克等患者要注意预防发生肾衰竭。

四、护理措施

1．少尿期护理

（1）限制入水量：是防治水中毒的根本措施。少尿期补液原则为“量出为入”，每天补液量＝显性失水量＋不显性失水量－内生水量。补液量是否适当，可参考下列标准：①体重每天减轻 0.5kg；②血钠大于 130mmol/L；③中心静脉压在正常范围；④无脑水肿、肺水肿及循环衰竭等表现。

（2）饮食护理：给予低蛋白、高热量、高维生素、低钾饮食。少尿初期（3 天内）禁食蛋白，少尿期 3～4 天后，蛋白质一般限制在每天 20g 以下。

（3）纠正电解质、酸碱平衡紊乱：重点是纠正高钾血症。

（4）防治感染：严格消毒隔离制度，严守无菌操作规程；使用对肾脏无毒副作用的抗生素。

（5）透析疗法护理：透析疗法是利用血液和透析液所含溶质的浓度差，使患者血中的代谢产物、过多水分、电解质、尿素氮及肌酐等通过透析膜进入透析液而排出体外。透析疗法分为血液透析（人工肾）、腹膜透析和结肠透析 3 种。血液透析效果最好，腹膜透析是目前国内基层医院采用最多的一种。

腹膜透析的护理要点：①患者取半卧位；②严格无菌操作；③硅胶管内不得有空气进入；④勿使引流管高于透析管；⑤记录每次注入和排出的液体量；⑥保持引流管通畅。

2．多尿期护理　患者虽已进入多尿期，但并未脱离危险，重点是维持水、电解质和酸碱平衡；防治感染，纠正低蛋白血症。多尿早期计算补液量时一般只计算前 24h 尿量的 1/3～1/2。

3．恢复期健康教育　此期约需 1 年左右。应注意休息，逐步增加营养。避免劳累、创伤及使用对肾脏有害的药物。女性 2 年内不宜怀孕。

第四章　心脏骤停与心肺脑复苏

复习要求

1．了解心脏骤停的病因，高级生命支持、延续生命支持的一般措施。

2．掌握心脏骤停的诊断依据，基础生命支持的措施，心复苏药物的应用，脑复苏的措施。

复习内容

一、心脏骤停

心脏骤停是指各种原因导致的心脏突然停止搏动，有效泵血功能消失，引起全身组织器官严重缺血、缺氧。一般心脏停搏后 3s 出现头晕，5～10s 意识丧失，10～20s 出现抽搐，30s 后瞳孔散大、大小便失禁、呼吸停止，停搏超过 5min，脑细胞将发生不可逆的损害。

（一）心脏骤停的病因

心脏骤停是指各种原因导致的心脏突然停止搏动，有效泵血功能消失，引起全身组织器官严重缺血、缺氧。常见的原因有：

1．心源性原因

（1）冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）：成人心脏骤停的主要病因。男女比例为（3～4）：1，其中 70%死于医院外。冠心病猝死 10%死于发病后 15 分钟内；30%死于发病后 15 分钟至 2 小时。

（2）心肌病变：急性病毒性心肌炎及原发性心肌病常并发室性心动过速或严重的房室传导阻滞。

（3）主动脉疾病：主动脉瘤破裂、夹层动脉瘤、主动脉发育异常，如马凡综合征、主动脉瓣狭窄。

2．非心源性原因

（1）意外事故：电击、雷击、溺水、车祸、一氧化碳中毒、缢死及各种严重创伤等。

（2）呼吸停止：如气管异物、烧伤或烟雾吸入所致的气管组织水肿、巴比妥类等药物过量等。

（3）体液代谢严重失调：高钾血症、低钾血症及严重酸中毒等。

（4）药物过敏、中毒：青霉素、链霉素过敏，局麻药中毒等。

（5）麻醉手术意外：硬膜外麻醉的全脊髓麻醉、严重的局麻药中毒等。

（6）其他：某些诊断性操作如血管造影、心导管检查，某些疾病如急性胰腺炎、脑血管病变等。

（二）心脏骤停的类型

包括心室颤动（最常见）、无脉性室性心动过速、心搏停止、无脉性电活动四种。

（三）心脏骤停的临床表现

典型表现为：意识丧失、呼吸停止或不能正常呼吸（仅仅有喘息）、大动脉搏动消失。还可出现双侧瞳孔散大、短暂抽搐、大小便失禁、面色苍白或发绀、全身迟缓性瘫痪等。

二、心肺脑复苏（CPCR）

凡为挽救垂危生命所采取的紧急医疗措施统称为复苏。早年的“复苏”主要是指心肺复苏（CPR），即针对呼吸和循环骤停所采取的一系列抢救措施。但是 CPR 成功的关键更重要的是恢复中枢神经系统的功能。因此维持脑组织的灌流、积极防治脑组织的损伤、力争脑功能的完全恢复成为复苏的重要内容之一，即 CPR 应为 CPCR。

2010 年美国心脏病协会将“生存链”由四项修订为五项，即：①立即识别心脏骤停并启动急救系统；②尽早进行 CPR，着重于胸外按压；③快速除颤；④有效的高级生命支持；⑤综合的心脏骤停后治疗。

临床上习惯把心肺脑复苏分为三个阶段：基础生命支持（BLS；初期复苏）、高级生命支持（ALS；后期复苏）、延续生命支持（PLS；复苏后处理）。

（一）BLS（以 2010 国际 CPR 急救指南为准）

BLS 是指在心脏骤停病人发病现场进行的徒手 CPR 技术，其主要目的是向心、脑及全身重要器官供氧，延长机体耐受完全缺血缺氧的时限。包括：判断意识、心跳及呼吸功能；启动 EMSS（急诊医疗服务体系）；胸外按压（C）；开放气道（A）；人工呼吸（B）；电除颤（D）。

1．判断

第一目击者或急救人员到达现场后，首先确定现场安全性或将病人转移至安全地带。然后迅速判断病人的意识和呼吸，如病人意识丧失，无呼吸或不能正常呼吸（仅仅喘息），即可立即进行 CPR。

2．求援并施救

判断病人意识丧失，无呼吸、无动脉搏动后，应立即求援并开始 CPR，有条件时可寻找自动体外电除颤仪（AED）协助抢救。单人抢救时建议：如病人心脏骤停为心源性，应启动 EMSS，而后立即 CPR；如为溺水、窒息等原因所致，应先 CPR，再启动 EMSS。

CPR 步骤为 C→A→B→D，方法如下：

（1）C－胸外按压：按压位置为剑突以上 4～5cm 的胸骨正中处，即胸骨中、下 1/3 交界处。急救人员立于或跪于病人一侧，准确定位后两臂伸直，垂直向胸骨加压使胸骨下陷至少 5cm（成人），然后立即放松，使胸廓自行恢复原位，但双手不离开胸壁。常见并发症是肋骨骨折。要求：①按压频率：至少 100 次/min；②按压深度：至少 5cm；③单人/双人施救按压与呼吸比例均为 30:2（儿童与婴幼儿：单人施救比例为 30:2，双人施救比例为 15:2）；④保证每次按压后胸廓回弹；⑤避免和减少按压中断，并尽可能使中断时间控制在 10s 以内；⑥按压部位要准确，按压力要均匀适度，按压姿势要正确。

（2）A－开放气道　心肺复苏的首要和关键措施。应首先用手指清除患者口鼻腔内的异物，采用仰头提颏法或推举下颌法（适用于头颈外伤者）开放气道。

（3）B－人工呼吸　①口对口人工呼吸：院外急救时最常用，迅速、简便、有效；②口对鼻人工呼吸；③口对口鼻人工呼吸；④使用简易呼吸器；⑤口对导管呼吸。要求：①频率：8～10 次/min；②速率：1s/次，潮气量约 500～600ml，避免过度通气；③吹气后应看到病人有明显的胸廓隆起；④进行人工呼吸时，保持气道通畅；⑤与胸外按压按比例交替进行。

（4）电除颤　是目前治疗室颤的有效方法。

（5）BLS 的有效指标　①瞳孔由大变小，对光反应恢复；②发绀消退，面色开始转为红润；③脑功能开始恢复：患者开始挣扎，肌张力增加，出现吞咽动作等；④自主呼吸与自主心跳恢复。

（二）ALS

ALS 作为 BLS 的继续，是在 BLS 的基础上，应用特殊技术和辅助设备，建立和维持有效的通气与血液循环，识别和治疗心律失常，建立通畅有效的静脉通路，改善和保持心肺功能，治疗原发病。一般由专业急救人员在医院内进行。

1．明确病因。

2．呼吸支持。

3．开胸心脏按压。

4．复苏药物的应用　及时有效地使用复苏药物，可纠正部分引起心脏骤停的因素、防治心律失常等。

（1）用药途径　包括经外周静脉（肘前或颈外静脉）、经中心静脉、经气管、经骨髓和心腔内注射（一般不主张采用）等多条途径，一般主张首选经外周静脉注射途径。

（2）心复苏药物　常用肾上腺素（心脏复苏的首选药物）、血管加压素、胺碘酮（应用最广泛的抗心律失常药，适用于对电除颤、CPR 和血管活性药物治疗无效的无脉室性心动过速或心室颤动）、利多卡因、腺苷、液体疗法等。

5．电复律　包括电除颤和紧急起搏。

6．监护。

（三）PLS

重点在于脑复苏及复苏后疾病的防治。

1．维持良好的呼吸功能。

2．确保循环功能的稳定。

3．脑复苏

（1）供氧：吸氧及高压氧治疗，使血氧饱和度（SAT）维持在≥94%。

（2）低温疗法：①物理降温时，颈部、前额、腋下、腹股沟使用冰袋，头部放置冰帽，应在辅助药物应用半小时后施行；②头部降至约 28℃，肛温降至 32℃～34℃，持续时间要长、降温过程要平稳；③降温时间一般为 2～3 天，严重者可能达 1 周以上，待听觉恢复，逐步停止物理降温；④复温时应逐渐进行，先自下而上撤冰袋，保持每 24h 体温上升 1～2℃为宜。

（3）脑复苏药物的应用：①冬眠药物；②脱水剂；③糖皮质激素；④改善脑细胞代谢药

物；⑤钙离子通道阻滞剂：如硝苯吡啶、氟苯桂嗪、利多氟嗪、镁离子等；⑥氧自由基清除剂：如超氧化物岐化酶（SOD）、过氧化氢酶、α-Vit E、Vit C、还原型谷胱甘肽等。

4．综合治疗与护理

（1）纠正酸中毒。

（2）防治急性肾衰竭。

（3）处理原发病。

（4）防治感染。

（5）加强全身支持和护理。

（6）防治各种并发症。

第五章　外科感染

复习要求

1．了解外科感染的病因、分类与转归。

2．熟悉疖、痈、急性蜂窝织炎、丹毒、脓性指头炎的主要致病菌。

3．掌握疖、痈、急性蜂窝织炎、丹毒、脓性指头炎的临床表现、防治要点及护理措施。

4．了解破伤风的病因，熟悉破伤风的发病机制、防治要点，掌握破伤风的临床分期、各期表现、发病特点及护理措施。

复习内容

一、概述

外科感染是指需要外科治疗的感染性疾病，以及发生在创伤、手术、器械检查后的感染。

外科感染的特点有：①多与手术和损伤有关；②大部分是由多种菌群引起的混合感染；③多数有明显而突出的局部症状，常引起化脓、坏死等；④常需要手术处理。

（一）病因及分类

1．按致病菌和病变性质分为非特异性感染（又称化脓性感染或一般感染，最常见。由一种或几种病菌共同导致，有一般感染的共同特征，即红、肿、热、痛和功能障碍）和特异性感染（指由一些特殊的细菌、真菌等引起的感染，该感染的特点是不同的病菌分别引起比较独特的病变）。

2．按病程分为急性感染（病程＜3 周）、慢性感染（病程＞2 个月）和亚急性感染（病程介于 3 周与 2 个月之间）。

（二）病因

由致病微生物侵入人体，在组织内生存繁殖，导致组织、细胞损伤、坏死所引起。致病菌的种类、数量、毒力、侵入途径及其产生的毒素是构成感染的重要因素，人体局部和全身抵抗力与感染的发生发展密切相关。当机体局部（如皮肤黏膜病变或破损；异物与坏死组织存在；管腔阻塞、内容物淤积；局部血流障碍或水肿、积液等）或全身情况（严重的损伤、大面积烧伤或休克；严重的营养水良、贫血、低蛋白血症；长期进行抗肿瘤治疗和使用免疫抑制剂等）出现异常时，易导致机体感染。条件性感染是指在人体局部或（和）全身抵抗力降低的条件下，原居于人体内的一些未致病的菌群可以变成致病菌引起感染。

（三）病理生理

致病菌侵入机体组织并繁殖，产生多种酶与毒素，人体即产生防御反应。局部的病理变化主要是组织充血、水肿和坏死；随着炎症介质、细胞因子和病菌毒素等进入血流，可引起

体温升高、血白细胞计数增多等全身反应。红、肿、热、痛、功能障碍以及体温增高是其典型临床特征。

感染的转归受致病菌的数量、毒力，局部及全身抵抗力，是否经过及时正确的治疗及护理等因素的影响。常出现以下结果：①炎症局限；②炎症扩散；③转为慢性感染。

二、浅表软组织常见化脓性感染

（一）疖

疖为单个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染。

1．病因　多由金黄色葡萄球菌引起；好发于颈项、头面、背部等毛囊和皮脂腺丰富部位。

2．临床表现　硬结→锥形隆起→脓栓。面部“危险三角区”内的疖如挤压或碰撞，易引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎，后果严重，死亡率较高，因此禁忌挤压，避免碰撞。

3．防治要点　尽早促使炎症消退。可采用涂抹 2%的碘酊、热敷、物理疗法等；局部若有脓肿形成，应及早排脓。

（二）痈

痈是多个相邻的毛囊及其周围组织的急性化脓性感染，或由多个疖融合而成。

1．病因　金黄色葡萄球菌为主。好发于项部和背部。糖尿病患者发病率较高。

2．临床表现　紫红色浸润区→蜂窝状脓栓→火山口状坏死区；全身症状多明显。唇痈严重者张口困难，可引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎。

3．防治要点　卧床休息、加强营养，遵医嘱早期给予足量、有效抗生素；病变范围较大者应及时手术切开引流，但唇痈禁忌切开引流、挤压，避免碰撞。

（三）急性蜂窝织炎

急性蜂窝织炎指皮下、筋膜下、肌间隙或深部疏散结缔组织的一种急性弥漫性化脓性感染。

1．病因　乙型溶血性链球菌为主。

2．临床表现　表浅者局部症状明显；深部者局部红肿不明显，全身症状较重。口底、颌下的急性蜂窝织炎，应尽早切开减压，以防喉头水肿，压迫气管引起窒息。

3．防治要点　给予病人全身及局部治疗和护理。若局部形成脓肿，及早切开引流并清除坏死组织。

（四）丹毒

丹毒是皮内网状淋巴管及皮肤的急性炎症。

1．病因　致病菌为乙型溶血性链球菌

2．临床表现　面部、下肢多见。局部红斑，压之退色，界线清楚，向四周扩展较快，中心呈棕黄色，一般不化脓。全身症状明显。下肢丹毒反复发作可引起“象皮肿”。

（五）脓性指头炎

脓性指头炎是指手指末节掌面皮下组织的化脓性感染。

1．病因　多因刺伤引起，致病菌多为金黄色葡萄球菌。

2．临床表现　局部肿胀、刺痛→剧烈搏动性疼痛→组织缺血坏死；有全身感染中毒症状。晚期发生末节指骨缺血坏死和慢性骨髓炎，须及早切开减压引流。

三、破伤风

破伤风是由破伤风芽孢梭菌侵入人体伤口，生长繁殖，产生毒素所引起的一种急性特异性感染。临床上是以全身肌肉强直性收缩和阵发性痉挛为特征。

（一）病因和发病机制

破伤风发生须具备三个条件：①破伤风芽孢梭菌直接侵入人体伤口内；②人体抵抗力低下；③具有厌氧环境。引起破伤风的是破伤风梭菌的外毒素，包括痉挛毒素和溶血毒素，其中痉挛毒素是致病的主要因素。

（二）临床表现

1．潜伏期　平均 6～10 天。潜伏期越短，病情越严重，预后也越差。

2．前驱期　一般持续 12～24h，患者表现以乏力、头痛、咀嚼肌紧张、烦躁不安为主。

3．发作期　持续 3～4 周。典型症状是在肌紧张性收缩的基础上发生阵发性强烈痉挛。肌紧张性收缩的顺序为咀嚼肌（最早）→表情肌（面部肌）→颈项肌→背腹肌（躯干肌）→四肢肌→呼吸肌。与之相应的征象是：张口困难（最早）→牙关紧闭→苦笑面容→颈项强直→角弓反张→呼吸困难或窒息。其主要特点为轻微刺激即可引起剧烈痉挛；病人神志始终清楚；一般无高热；大量出汗。

主要死因为窒息、心力衰竭或肺部并发症。

（三）治疗原则

消除毒素来源，中和游离毒素，控制并解除痉挛，防止并发症。

（四）护理措施

1. 病情观察　密切观察生命体征，痉挛、抽搐的发作次数、持续时间及有无伴随症状，并做好记录。

2. 一般护理　①将病人安置在单人隔离病房，保持室内安静，尽量减少一切刺激；②治疗及护理操作应尽量集中，可安排在使用镇静剂 30 分钟后进行；③应严格执行接触隔离制度。

3. 对症护理　①呼吸道管理：对抽搐频繁、持续时间长、药物不易控制的病人，应尽早行气管切开，必要时进行人工辅助呼吸；②控制痉挛：遵医嘱使用镇静、解痉药物；预防舌咬伤、肌腱断裂、骨折及关节脱位等。

4. 用药护理　①维持体液和营养平衡；②应用抗生素；③中和血液中的游离毒素：使用破伤风抗毒素（TAT）或人体破伤风免疫球蛋白。

（五）健康教育

1. 加强自我保护意识，避免皮肤损伤。

2. 加强接生管理，严格无菌操作。

3. 破伤风预防最有效的措施是注射破伤风类毒素。

4. 凡有破损的伤口，均应清创处理，注射破伤风抗毒素（TAT）1500 单位，在伤后 12 小时内使用，成人与儿童剂量相同。注射前常规做药敏试验，阳性者用脱敏法进行注射。

第六章　损　　伤

复习要求

1．了解损伤的病因、分类与伤口的愈合；熟悉创伤的防治要点；掌握创伤的临床表现、急救原则与措施，清创术的时机。

2．了解烧伤的病因及发病机制；熟悉烧伤的病程分期、现场急救措施、烧伤创面常用的护理方法及烧伤病房的要求；掌握烧伤面积的计算、深度和程度的估计，抗休克治疗的护理措施。

复习内容

一、概述

损伤是指外界致伤因素作用于人体所造成的组织破坏和生理功能障碍。

（一）病因及分类

1．按原因分类　机械性损伤（最常见）、物理性损伤、化学性损伤、生物性损伤。

2．按皮肤、黏膜的完整性分类　闭合性损伤、开放性损伤。

3．按受伤的部位分类　颅脑损伤、胸部损伤、腹部损伤、泌尿系统损伤等。

（二）伤口的愈合

1．伤口的愈合过程　炎症期（3～5 天）、增生期（1～2 周）、 塑形期（约 1 年左右）。

2．伤口愈合类型　一期愈合、二期愈合。

3．影响伤口愈合的因素

（1）全身因素　①年龄及营养不良；②慢性消耗性疾病；③药物的应用：如大量使用肾上腺皮质激素和抗癌药物；④免疫功能低下。

（2）局部因素　伤口感染、伤口内有血肿或异物、局部血液循环障碍、治疗处理措施不当等。

二、机械性损伤（创伤）

创伤是指机械性致伤因素作用于人体所造成的组织破坏和生理功能障碍。

（一）临床表现

1．局部表现　①伤处疼痛、压痛、局部肿胀、皮下淤斑和功能障碍；②开放性损伤还可见伤口和出血；③若合并重要血管、神经和内脏损伤，则有其特殊表现。

2．全身表现　轻伤无。较重者出现发热、脉快、食欲不振、乏力、体重减轻等。严重损伤可发生休克，伴有内脏损伤者出现相应症状和体征。

（二）急救

1．急救原则　抢救生命第一，恢复功能第二，顾全解剖完整性第三。

2．具体措施　心肺复苏、保持呼吸道通畅、控制出血（使用止血带注意标注使用的时间，每隔 1h 放松 1 次，每次 1～2min。胸、腹部出血者需加压包扎止血）、包扎伤口、骨折固定和尽快转送。

（三）防治要点

1．全身疗法　积极抗休克，如有内脏损伤应及时处理。开放性损伤要使用有效抗生素预防感染，常规注射 TAT（破伤风抗毒素）。

2．局部治疗　①闭合性损伤如无内脏合并伤，多不需特殊处理；②开放性损伤应力争在伤后 6～8h 内施行清创术；③伤口已感染者应及早应用抗生素，加强换药，促使其二期愈合；④合并内脏损伤者按脏器损伤处理。

三、烧伤

烧伤是由热力、化学物品、电流、放射线等作用于人体所引起的损伤，以热力烧伤多见，约占 80%。

（一）病因及发病机制

皮肤受热力作用后出现的局部和全身病理变化，取决于热源的温度、受热的面积、深度及受热的时间。

（二）身体状况

1. 烧伤的伤情判断

（1）烧伤面积的计算

1）中国九分法（见表 2-6-1）：适用于大面积烧伤计算。

表 2-6-1　中国九分法

部位	成人面积（%）	儿童面积（%）
头　颈	9×1=9（发部 3、面部 3、颈部 3）	9+（12－年龄）
双上肢	9×2=18（双手 5、双前臂 6、双上臂 7）	9×2
躯　干	9×3=27（腹侧 13、背侧 13、会阴 1）	9×3
双下肢	9×5+1=46（臀部 5*、双足 7*、双小腿 13、双大腿 21）	46－（12－年龄）

注意：*女性臀部和双足各占 6%；Ⅰ度烧伤不计入烧伤面积。为便于记忆，可编成如下口诀：三三三，五六七，十三十三会阴一，五七十三二十一，中国九分要牢记。

2）手掌法：患者五指并拢的单掌面积为其体表面积的 1%，适用于小面积或面积不规则的烧伤。

（2）烧伤深度的估计　采用三度四分法（见表 2-6-2）

表 2-6-2　烧伤深度的估计

深度分类	临床表现	局部感觉
Ⅰ度	红斑、轻度红、肿，干燥，无水疱	灼痛感
浅Ⅱ度	水疱较大、疱皮薄，去疱皮后创面潮湿、鲜红、水肿明显	剧痛、感觉过敏
深Ⅱ度	水疱小、疱皮厚，基底苍白、水肿、干后可见网状栓塞血管	痛觉迟钝
Ⅲ度	蜡白、焦黄或炭化，呈皮革状，干后可见树枝状栓塞血管	痛觉消失

（3）烧伤严重程度分类（见表 2-6-3）

表 2-6-3　烧伤严重程度分类

烧　伤	轻　度	中　度	重　度	特 重 度
Ⅱ度面积	＜10%	11%～30%	－	－
Ⅱ～Ⅲ度总面积	－	－	31%～50%	＞50%
Ⅲ度面积	－	＜10%	11%～20%	＞20%

注意：如伴有呼吸道烧伤、复合伤、休克、化学中毒等并发症，虽面积不足，也应作为重度或特重度烧伤处理。

2．临床病程分期

（1）休克期　大面积烧伤，伤后 2～3h 体液渗出最快，8h 达到高峰，至 36～48h 渗出液体开始回吸收。由于体液大量外渗，易发生低血容量性休克。休克期的经过是否平稳，是影响整个病程及其预后的关键。

（2）感染期　伤后第 3 天进入此期。①伤后 3～7 天（早期脓毒症）；②伤后 2～3 周（中期脓毒症）；③伤后 1 个月后（晚期脓毒症）。致病菌以金黄色葡萄球菌和绿脓杆菌最常见。感染是烧伤死亡的主要原因。

（3）修复期　烧伤创面修复在伤后 5～8 天开始。

（三）防治要点

现场抢救病人应尽快脱离火源，处理紧急状况。入院后小面积烧伤多在门诊清创、包扎；大面积烧伤，头面部、会阴部烧伤需住院治疗。

治疗原则：防治休克；妥善处理创面，促进功能恢复；防治感染及其他并发症。

（四）护理要点

1．现场急救　①消除致伤原因；②保护创面；③预防休克；④保持呼吸道通畅；⑤迅速转运。

2．小面积烧伤护理　临床最常见，主要为局部处理。伤后立即冷水冲洗或浸泡，减轻组织损伤。Ⅰ度烧伤创面涂以京万红软膏、烧伤软膏，保持创面清洁。浅Ⅱ度烧伤，水疱未破者用无菌注射针头作多处穿刺引流，保护创面避免污染；水疱已破并有移位者应剪除，涂以烧伤软膏，用无菌敷料覆盖。深Ⅱ度与Ⅲ度烧伤创面坏死皮肤与组织应去除，然后据烧伤部位、面积、深度及条件采用暴露或包扎疗法，应用抗生素、止痛剂、TAT。

3．大面积烧伤护理

（1）休克的治疗：补液以补充血容量。

1）补液量：按照病人的烧伤面积和体重计算。伤后第 1 个 24h 补液量：成人每公斤体重每 1%（Ⅱ～Ⅲ度）烧伤面积，应补给电解质液和胶体液共 1.5mL（儿童 1.8mL、婴儿 2.0mL）。电解质液与胶体液之比 1：0.5，大面积、严重烧伤者其比例为 0.75：0.75。另外加上每日需要量 2000～2500mL。其补液公式为：补液量=烧伤面积（%）×体重（kg）×1.5mL+2000～2500mL

第 2 个 24h 补液量：胶体液与电解质液均为第 1 个 24h 的一半，基础需要量不变。

2）补液种类：电解质液首选平衡盐溶液；胶体液首选血浆。

3）补液方法：烧伤后第 1 个 8h 渗出最快，故当日输入的胶体和电解质溶液总量的 1/2 要在前 8h 内输完，其余在后 16h 内输入。为保证输液通畅，严重烧伤病人需行静脉穿刺或切开。

4）检测指标：肾功能正常者，尿量是判断血容量是否充足的简便、可靠的指标。可根据尿量的多少来调整补液量，成人尿量要维持在 30～50mL/h，小儿不低于 1mL/（kg 体重·h）。同时注意脉搏、血压、呼吸、精神状态及中心静脉压的检测。

（2）创面护理　正确处理创面和做好创面护理，是预防和控制感染、促进创面愈合、防止创面脓毒症的关键。

具体包括早期清创（清创按头部、四肢、胸腹部、背部和会阴部的顺序进行；浅 II 度水疱，较小的不予处理，较大者在低位剪开引流；深 II 度水疱全部剪除；III 度焦痂的坏死组织全部剪除）、包扎疗法（适用于四肢烧伤、小面积烧伤、病房保温条件差的病人）、暴露疗法（适用于头颈部、会阴部及严重感染和大面积烧伤的病人）、浸浴疗法、植皮手术、创面脓毒症的护理及烧伤病房的管理。

烧伤病房管理的要求为：①具有良好的消毒隔离条件；②专人护理，严格隔离；③定时空气消毒；④室内温度保持 28～32℃，相对湿度 50%左右；⑤病室配备抢救设备、用品及药物。

第七章　颅脑疾病

复习要求

1．了解颅内压增高的病因，脑疝的病因及分类；熟悉颅内压增高的防治要点；掌握颅内压增高的临床表现和冬眠低温疗法的护理措施。

2．了解颅脑损伤的分类，颅盖骨折的诊断依据，脑震荡、脑挫裂伤、硬脑膜外血肿的救治原则；熟悉头皮损伤的临床特点和处理原则，掌握颅底骨折的诊断依据，脑震荡、脑挫裂伤、硬脑膜外血肿的临床表现，颅脑损伤的护理措施。

复习内容

一、颅内压增高

颅腔内容物对颅腔壁产生的压力，称为颅内压（ICP）。成人的正常颅内压为 0.7～2.0kPa（70～200mmH_2O），儿童的正常颅内压为 0.5～1.0kPa（50～100mmH_2O）。颅内压随血压和呼吸有小范围的波动。

当颅腔内容物体积增加或颅腔容积减少超过颅腔可代偿的容量，使成人颅内压持续高于 2.0kPa（20cmH_2O），儿童持续超过 1.0kPa（10cmH_2O），并出现头痛、呕吐、视神经乳头水肿等临床症状时，称为颅内压增高。

（一）病因及发病机制

引起颅内压增高的原因分为三类：一是颅腔内容物的体积或量增加（最常见的为脑水肿，其他有脑脊液增多、脑血流量增加等）；二是颅内占位性病变（颅内压不均衡，易引起脑组织移位形成脑疝）；三是颅腔容积缩小（常见于先天性畸形）。

（二）病情判断

1．临床表现

（1）颅高压“三主征”　①头痛（最常见）；②呕吐（喷射性）；③视神经乳头水肿（最重要的客观体征）。

（2）意识障碍。

（3）生命体征改变　开始出现脉搏缓慢、呼吸深慢、血压升高、脉压增大（二慢一高，称为库欣反应），继续发展出现脉搏快弱、呼吸浅促、血压下降（二快一低），最后心跳呼吸停止。

（4）其他　外展神经麻痹或复视、头晕、猝倒。婴幼儿可见囟门饱满、骨缝分离。持续颅内压增高还可引起胃肠道功能紊乱和脑疝。

当颅内压增高到一定程度时，尤其是占位性病变使颅腔各分腔之间压力不平衡，脑组织

从高压力区向低压力区移位，导致脑组织、血管及脑神经等重要结构受压和移位，有时被挤入间隙或孔道中，从而出现一系列严重临床症状和体征，称为脑疝。常见的有小脑幕切迹疝（主要表现为颅高压症状；进行性昏迷；神经系统定位体征阳性：患侧瞳孔开始短暂缩小，继而散大，光反应减弱或消失；病变对侧肢体瘫痪、肌张力增加、腱反射亢进、病理征阳性）和枕骨大孔疝（主要表现为颅高压症状，颈项强直或强迫头位，生命体征改变出现较早，瞳孔早期无改变，意识障碍出现较晚，可因突发呼吸骤停而死亡）。

2．辅助检查　腰椎穿刺（颅内占位性病变病人慎用）；头颅 X 线摄片、CT（最常用）及 MRI 检查。

（三）防治要点

1．一般措施　密切观察病情变化，有条件时可作颅内压监测，频繁呕吐者应暂禁食，适当补液维持体液平衡。

2．去除病因　及时清除颅内血肿、切除肿瘤、控制感染、脑脊液分流等。

3．对症治疗　①给予镇痛剂治疗头痛，但禁用吗啡；②应用脱水剂、糖皮质激素；③冬眠低温疗法。

（四）护理要点

包括观察病情，抬高床头 15°～30°，给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食，吸氧，应用脱水剂（首选 20%甘露醇）、糖皮质激素（首选地塞米松），保持呼吸道通畅，对症护理等。重点是冬眠低温疗法的护理，降低体温可降低脑组织耗氧量，增加脑组织对缺氧的耐受力。

使用冬眠低温疗法的护理要点为：①用药前和用药过程中观察和记录生命体征、意识、瞳孔和神经系统体征；②冬眠药物最好经静脉滴注，以便调节给药速度及药量，控制冬眠深度；③用药后半小时内不得搬动患者或为其翻身；④冬眠药物应用半小时后方可施行物理降温；⑤降温速度以每小时下降 1℃，降至肛温 32～34℃为宜；⑥留置尿管，记录出入水量，静脉补液，维持体液平衡；⑦预防冷伤、压疮和肺部感染等并发症；⑧冬眠低温治疗时间一般为 3～5 天，停用冬眠低温时，应先停物理降温，后停冬眠药物。

二、颅脑损伤

颅脑损伤可分为头皮损伤、颅骨损伤和脑损伤，三者可单独或合并存在。

（一）头皮损伤

1．临床表现　头皮损伤常分为 3 种类型。

（1）头皮血肿：分为皮下血肿（血肿小而局限，张力高，疼痛明显）、帽状腱膜下血肿（血肿范围大，张力低，疼痛轻，波动明显）和骨膜下血肿（血肿以骨缝为界，局限于某一颅骨）三类。

（2）头皮裂伤：出血较多，可引起失血性休克。

（3）头皮撕脱伤：常因大量出血和剧烈疼痛而致休克。

2．防治要点　头皮血肿较小者可自行吸收；较大者可在严格无菌条件下行血肿穿刺抽血，然后加压包扎。头皮裂伤现场应立即加压包扎止血，尽早（伤后 24h 以内）清创缝合，同时

应用抗生素和 TAT。头皮撕脱伤应在压迫止血、防治休克和彻底清创的前提下尽早行皮肤移植术，常规应用抗生素和 TAT。

（二）颅骨骨折

1．分类

（1）按发生部位可分为：颅盖骨折和颅底骨折。

（2）按骨折形态分为：线形骨折、凹陷性骨折。

（3）按骨折部位是否与外界相通分为：开放性骨折和闭合性骨折。

2．颅盖骨折　直接暴力打击引起。可呈线形骨折（最常见）、凹陷性骨折（多伴粉碎性骨折，儿童可为“乒乓球样”骨折）。X 线摄片或 CT 检查能明确诊断。

3．颅底骨折　间接暴力所致。主要依靠临床表现（见表 2-7-1）和 CT 扫描诊断。

表 2-7-1　颅底骨折的临床表现

部　位	软组织出血	脑脊液漏	脑神经损伤
颅前窝	眼眶青紫（熊猫眼征），球结膜下出血（兔眼征），皮下气肿	鼻漏或从口腔内流出	第Ⅰ、Ⅱ对脑神经损伤
颅中窝	乳突区皮下或咽后壁淤血	耳漏或鼻漏	第Ⅶ、Ⅷ对脑神经损伤
颅后窝	耳后及枕下区皮下淤血	少见	偶见第Ⅸ～Ⅻ对脑神经损伤

4．防治要点　颅盖线形骨折不须特殊处理，但应警惕合并脑损伤、颅内感染和硬脑膜外血肿；凹陷骨折，凹陷直径＞5cm，中心凹陷深度＞1cm，或伴有神经系统症状者应手术治疗。颅底骨折本身并不需特别治疗，应着重观察有无脑损伤，正确处理脑脊液漏、脑神经损伤和预防颅内感染。

（三）脑损伤

原发性脑损伤是指外界暴力作用于头部当时发生的脑损伤，如脑震荡、脑挫裂伤。脑震荡是指头部受暴力作用后，立即出现短暂的大脑功能障碍，但无明显的脑组织器质性损害。脑挫裂伤主要指暴力作用于头部引起大脑皮层的器质性损害，包括脑挫伤和脑裂伤。

1．病情判断（见表 2-7-2）

表 2-7-2　脑震荡和脑挫裂伤的判断要点

项　目	脑 震 荡	脑 挫 裂 伤
病　史	头部外伤史	头部外伤史
意识障碍	≤30min	＞30min
生命体征	意识障碍期间可出现自主神经功能紊乱表现，清醒后迅速恢复正常	明显改变
局灶体征	（－）	（＋）
其　他	逆行性健忘；多有头痛、头晕，恶心呕吐等症状；少数可有脑外伤后综合征	可有急性颅内压增高及脑膜刺激征；头痛、呕吐较脑震荡严重
脑 脊 液	无改变	可呈血性
CT 检查	无异常	有阳性征象

2．防治要点　脑震荡一般卧床休息 1～2 周，对症处理，严密观察 24～72h，警惕硬脑膜外血肿的发生；“脑外伤后综合征”者给予对症处理及心理护理。脑挫裂伤首先应保持呼吸道通畅，必要时气管切开；给予脱水剂，加强营养疗法；应用促进神经功能恢复药物；应用抗生素；对高热、癫痫等对症处理。必要时手术减压或病灶清除。

（四）颅内血肿

继发性脑损伤是指受伤一段时间后由于脑水肿和颅内血肿压迫脑组织引起的损伤。颅内血肿是颅脑损伤中最常见、最危险的继发性脑损害。

1．分类

（1）按伤后血肿引起症状所需时间分为：急性（伤后 3 天内）、亚急性（伤后 3 天～3 周）和慢性（伤后 3 周以上）；

（2）按出血来源和部位分为：硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿和脑内血肿。

2．病情判断　颅内血肿的共同特点为先有头部受伤史和原发性脑损伤症状，继而颅内出血和血肿形成，可引起脑疝。CT 和 MRI 检查可明确诊断。

硬脑膜外血肿与硬脑膜下血肿的鉴别要点见表 2-7-3。

表 2-7-3　硬脑膜外血肿与硬脑膜下血肿的鉴别要点

项　目	硬脑膜外血肿	硬脑膜下血肿
病史	冲击伤为主	对冲伤为主
主要出血来源	脑膜中动脉，静脉窦	脑皮质静脉和小动脉
时间和速度	急性	急性（多见）、亚急性、慢性
意识障碍	多有中间清醒期（典型表现），少数为进行性昏迷	常为进行性昏迷，少数有短暂的中间意识好转（无清醒期）
颅内压增高	均有，生命体征明显改变	
神经系统体征	着力点侧瞳孔先小后大，对光反射减弱或消失；着力点对侧肢体瘫痪	着力点对侧瞳孔扩大，对光反射减弱或消失；着力点侧肢体瘫痪
脑脊液	无明显异常	出现血性脑脊液
CT 检查	梭形高密度影	新月形高密度影
常见伴发伤	颅骨骨折、脑震荡	脑挫裂伤

3．防治要点　颅内血肿一经确诊，原则应紧急手术，清除血肿，彻底止血。

（五）护理措施

1．配合急救　首先抢救心跳骤停、窒息、开放性气胸、大出血等危及生命的伤情。保持呼吸道通畅，保暖，有明显大出血者应补充血容量。开放性损伤有脑组织从伤口膨出者，应在外露的脑组织周围用纱布卷保护，再用纱布架空包扎，并及早应用抗生素和 TAT。

2．病情观察　重点观察意识状态（最重要指标；GCS 见表 2-7-4）、瞳孔、生命体征、神经系统体征等。

表 2-7-4　格拉斯哥昏迷评分法（GCS）

睁眼反应（E）	得分	语言反应（V）	得分	运动反应（M）	得分
正常睁眼	4	回答正确	5	按吩咐动作	6
呼唤睁眼	3	回答错乱	4	刺痛能定位	5
刺痛睁眼	2	语句不清	3	刺痛时躲避	4
无反应	1	只能发声	2	刺痛后屈曲	3
		无反应	1	刺痛后过伸	2
				无反应	1

3．体位　抬高床头 15°～30°；昏迷者取侧卧位或平卧位头偏向一侧。

4．降低体温　对高热病人可采取物理降温、冬眠低温疗法等（见本章第一节）。

5．保持呼吸道通畅　及时清除呕吐物，注意吸痰，舌根后坠者放置口咽通气管，必要时气管插管或气管切开。

6．用药护理　应用脱水剂、利尿剂、糖皮质激素；抗癫痫药物的应用；保护脑组织药物和促进脑苏醒的药物的应用；应用止血药、抗生素及镇静止痛药物（禁用吗啡，以免抑制呼吸中枢）。

7．脑脊液漏的护理　神志清醒者，取半坐卧位，昏迷者床头抬高 30°患侧卧位，维持此体位至停止脑脊液漏后 3～5 天。具体护理措施：①保持局部清洁：每天 2 次清洁、消毒鼻前庭或外耳道，避免棉球过湿导致液体逆流颅内；②估计漏出脑脊液的量：在外耳道口或鼻前庭疏松放置干棉球，棉球渗湿及时更换，并记录 24 小时浸湿的棉球数；③禁忌腰椎穿刺，鼻腔、外耳道的堵塞、冲洗和滴药，脑脊液鼻漏者严禁在鼻腔放置各种导管；④避免用力咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕及用力排便；⑤按医嘱应用抗生素和破伤风抗毒素，预防颅内感染。

第八章　甲状腺功能亢进症的外科治疗

复习要求

1．了解甲状腺功能亢进症（甲亢）的类型及病因。
2．熟悉甲亢的主要临床表现和手术治疗适应证。
3．掌握甲亢的常用辅助检查及结果、术前药物准备方法及术后并发症的观察与护理。

复习内容

甲状腺功能亢进症（简称甲亢）是由于多种原因引起甲状腺激素分泌过多所致的临床综合征。好发于女性，男：女=1：（4～6）。

（一）分类

1．原发性甲亢（最常见）。好发于 20～40 岁的女性，甲状腺呈对称性弥漫性肿大，可伴有震颤和血管杂音，常有眼球突出（突眼）。

2．继发性甲亢　较少见，40 岁以上女性多发，甲状腺呈结节性肿大、多不对称，一般无突眼，常出现心力衰竭、心房颤动等心血管损害。

3．高功能腺瘤　指甲状腺内有单个不受脑垂体控制的具有自主高分泌功能的腺瘤，最少见。发病原因不明，瘤体周围的正常甲状腺组织呈萎缩改变，无突眼。

（二）病因及发病机制

原发性甲亢的原因见“内科护理学”部分。继发性甲亢和高功能腺瘤病人血中甲状腺刺激素抗体（TSAb）浓度不高，可能与结节本身自主性分泌功能增强有关。

（三）临床表现

甲亢的详细临床表现见“内科护理学”部分。其主要表现为甲状腺肿大，性情急躁、容易激动，两手颤动，怕热、多汗，食欲亢进但体重减轻，乏力易疲劳，心悸、脉快有力（常 90～120 次/min；休息或睡眠时仍快，一般药物不能使之缓解，为本病的特征性体征之一），脉压增大（常＞40mmHg；主要为收缩压升高）。可有月经失调、不孕、早产或阳痿以及肢体近端肌萎缩等。其中心率和脉压可作为判断病情程度和治疗效果的重要标志。同时，胸骨后或腺体较大的甲亢可压迫邻近器官出现压迫症状，如呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑、霍纳（Horner）综合征。

（四）特殊检查

1．基础代谢率（BMR）测定　BMR（%）=脉率+脉压（mmHg）–111，正常范围±10%。测定必须在清晨空腹静卧时进行。临床上以+20%～+30%为轻度甲亢；+30%～+60%为中度甲

亢；+60%以上为重度甲亢。

2．甲状腺摄 ^{131}I 率测定　若 2h 甲状腺摄 ^{131}I 率超过入体总量的 25%，或 24h 超过 50%，摄碘高峰前移，都表示有甲亢。

3. 血清 T_3、T_4 测定　甲亢病人血清 T_3、T_4 可高于正常值，其中 T_3 更有临床意义。

4. 血清游离 T_4（FT_4）、游离 T_3（FT_3）测定　FT_4、FT_3 均增高，且较 T_3、T_4 更为准确，是诊断临床甲亢的首选指标。

（五）手术治疗

1．适应证　①继发性甲亢或高功能腺瘤；②中度以上的原发性甲亢；③腺体较大伴压迫症状或胸骨后甲状腺肿合并甲亢；④抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗后复发者。

2．禁忌证　①青少年患者；②症状较轻者；③老年或有严重器质性疾病不能耐受手术治疗者。

3．手术方法　甲状腺大部切除术。

（六）护理要点

1．术前护理　包括病情观察、术前检查、饮食护理（避免摄入含碘丰富的食物）、休息、术前药物准备、对症护理等，重点掌握术前药物准备。

术前通常先用硫氧嘧啶等抗甲状腺药物治疗，待甲亢症状基本控制后，停服能使甲状腺肿大充血的抗甲状腺药物，改服碘剂。碘剂可抑制甲状腺素的释放，减少甲状腺血运，使腺体缩小变硬，有利于手术进行。常用复方碘化钾溶液（Lugol 液），用法是：口服，每日 3 次，每次 3 滴开始，逐日每次增加 1 滴，至每次 16 滴维持到手术日。服用碘剂一般不超过 3 周。

当患者情绪稳定，睡眠好转，体重增加，脉率稳定在 90 次/min 以下，BMR 低于+20%，腺体缩小变硬，表明准备就绪，应及时手术。

由于碘剂抑制甲状腺素释放的作用是暂时的，不准备手术的患者，均不能服用碘剂。

2．术后并发症的观察和护理

（1）呼吸困难和窒息：是术后最危急的并发症，多发生于术后 48h 内。临床表现为进行性呼吸困难，烦躁不安，发绀甚至窒息。原因：①切口内出血形成血肿压迫气管；②喉头水肿；③软化的气管壁塌陷；④痰液堵塞气道；⑤双侧喉返神经损伤。处理：①切口内出血压迫气管者，立即床边拆除缝线，敞开伤口，去除血块，再送手术室彻底止血；②喉头水肿者静脉注射肾上腺皮质激素；③痰液阻塞引起者，吸痰。如上述措施无效，应一律先紧急行气管切开后再进行处理。

（2）喉返神经损伤：主要由于术中喉返神经被切断、钳夹、缝扎等引起。①表现：单侧损伤表现为声音嘶哑，双侧损伤为失音和呼吸困难；②处理：一侧喉返神经损伤，可由对侧代偿，期间辅以针灸、理疗等，3～6 个月内可逐渐恢复而好转；双侧喉返神经损伤则需手术修补。

（3）喉上神经损伤：①表现：喉上神经内支损伤发生误咽、呛咳，外支损伤声带松弛，音调降低；②处理：喉上神经损伤一般经针刺、理疗后症状可明显改善；进食呛咳者，应取坐位或半坐位进食，试给半流质或干食，吞咽不可匆忙，特别要注意避免饮水时误咽。

（4）手足抽搐：术中误切或挫伤甲状旁腺所致，多在术后 1～4d 出现。发生低血钙后饮食应注意限制含磷较高的瘦肉、蛋黄等。多吃绿叶蔬菜、豆制品等高钙低磷食物。轻者可口服钙剂和维生素 D；较重者服用双氢速变固醇。抽搐发作时应立即静脉缓慢注射 10%葡萄糖酸钙 10～20ml。

（5）甲状腺危象：多发生在术后 12～36h，主要由于术前准备不充分，甲亢症状未能很好控制及手术应激所致。主要表现为高热，脉快而弱（>120 次/分），烦躁、谵妄，甚至昏迷，常伴呕吐、水样便腹泻，如不及时抢救可危及生命。一旦发生应立即绝对卧床休息，避免一切刺激；给予持续低浓度吸氧；物理降温；静脉输入葡萄糖液；遵医嘱给镇静剂、碘剂、氢化可的松、普萘洛尔等药物治疗等措施。预防的关键是术前稳定病人情绪，做好药物准备，务必达到术前准备要求；术后继续服用碘剂。

第九章　胸 部 疾 病

复习要求

1．了解单根单处肋骨骨折、闭合性气胸的临床表现和治疗原则。

2．熟悉急性乳房炎的健康教育；反常呼吸、不同类型损伤性气胸的病理特点和临床表现。

3．掌握急性乳房炎的病因、临床表现、防治要点及护理措施，多根多处肋骨骨折的临床表现和治疗原则、开放性及张力性气胸的急救原则。

4．能够正确进行胸膜腔闭式引流术后的护理。

复习内容

一、急性乳房炎

急性乳房炎是指乳房的急性化脓性感染，多发生在哺乳期的初产妇，常于产后 3～4 周发病，致病菌以金黄色葡萄球菌为主。

1．病因　除产后抵抗力下降外，主要与乳汁淤积、细菌入侵有关。

2．临床表现　局部红、肿、热、痛，同侧腋窝淋巴结肿大，较重者出现全身感染中毒症状。数日后可形成脓肿，浅部脓肿可出现波动感。

实验室检查见血白细胞增多、中性粒细胞增多或核左移；脓肿形成时 B 超检查可见液性暗区。

3．防治要点　控制感染，排空乳汁。脓肿形成之前，主要以抗菌药物等治疗为主。脓肿形成后应及时作脓肿切开引流。

脓肿切开引流时应注意：①为避免损伤乳管而形成乳瘘，手术切口多选择以乳头为中心的放射状切口；乳晕下脓肿应沿乳晕边缘作弧形切口；深部脓肿或乳房后脓肿可沿乳房下缘作弧形切口，经乳房后间隙引流。②脓腔较大时，可在脓腔的最低部位另加切口作对口引流。

4．护理措施

（1）一般护理：密切观察病情变化，监测生命体征，尤其是体温变化，观察患乳红肿部位有无波动感；及时了解白细胞计数及分类变化，必要时作血细菌培养及药敏试验。缓解疼痛；若感染严重或并发乳瘘应断乳；遵医嘱早期、足量应用抗菌药物控制感染；对症处理，如物理降温，应用解热镇痛药物。脓肿形成后作好术前准备和心理护理，以便进行脓肿切开引流。

（2）术后护理

脓肿切开引流后，应保持引流通畅，须及时更换敷料，促进切口愈合。鼓励病人进食高热量、高蛋白质、高维生素饮食，提高病人抗感染和修复能力。密切监测病情，尤其是体温

的变化；术前缓解病人疼痛，若感染严重或并发乳瘘时应断乳，遵医嘱早期、足量应用抗生素以控制感染；术后及时更换敷料，促进切口愈合。

5．健康指导　①预防乳头破损；②矫正乳头内陷；③防止乳汁淤积；④防止细菌入侵。

二、胸部损伤

胸部损伤根据胸膜腔是否与外界相通，分为闭合性和开放性损伤两类。

（一）肋骨骨折

肋骨骨折是最常见的胸部损伤类型，尤以第 4～7 肋骨折最多见。肋骨骨折可以是单根或多根，也可以是单处或多处骨折。多根多处肋骨骨折时引起局部胸壁软化，吸气时软化区胸壁向内凹陷；呼气时软化区胸壁向外凸出，这种和正常胸壁活动相反的现象称为反常呼吸运动。

1．病因和发病机制　直接和间接暴力均可引起。肋骨骨折可导致气胸、血胸、皮下气肿或引起血痰、咯血、肺炎或肺不张；反常呼吸可引起纵隔扑动、体内缺氧和二氧化碳滞留、影响静脉血液回流，严重时发生呼吸和循环衰竭。

2．病情判断　局部疼痛，深呼吸、咳嗽或体位转动时加剧，可出现不同程度的呼吸困难。局部胸壁有肿胀和畸形，压痛明显，胸部挤压试验（+），可有骨擦音。多根多处肋骨骨折可有反常呼吸运动。X 线检查可显示骨折部位、移位、范围及有无气胸、血胸。

3．防治要点　原则为固定、止痛及防治并发症。

（1）闭合性单根或多根单处肋骨骨折　镇静止痛、包扎固定、防治并发症。

（2）闭合性多根多处肋骨骨折　急救应立即局部压迫包扎，制止反常呼吸。保持呼吸道通畅，必要时气管插管或气管切开。治疗以内固定为主。

（3）开放性肋骨骨折　力争在伤后 6～8h 内彻底清创，有效内固定；术后预防感染和破伤风。

（二）损伤性气胸

创伤后空气经伤口进入胸膜腔，称为损伤性气胸。一般分为闭合性、开放性和张力性气胸三类。均可行 X 线检查以明确诊断。

1．闭合性气胸　空气经伤口进入胸膜腔后，伤口闭合，不再漏气者称闭合性气胸。伤侧肺萎陷，健侧肺部分受压，气体交换量减少。肺萎陷＞30%者出现胸闷、胸痛和气促症状；检查气管移向健侧，伤侧叩诊呈鼓音，呼吸音减弱或消失。

肺萎陷＜30%者不需特殊治疗；肺萎陷＞30%可经患侧锁骨中线第 2 肋间行胸膜腔穿刺抽气或放置胸膜腔闭式引流，同时应用抗生素预防感染。

2．开放性气胸　胸壁有开放性伤口与胸膜腔相通，呼吸时空气经伤口自由出入胸膜腔者称为开放性气胸。伤侧肺萎陷，纵隔扑动，健侧肺残气量增加，造成严重缺氧，同时静脉回流发生严重障碍。临床上有显著呼吸困难，发绀，休克。检查胸壁有伤口，可听到空气进出伤口的响声，伤侧胸部饱满，气管移向健侧，叩诊呈鼓音，呼吸音消失。

急救时应立即封闭伤口，使其变为闭合性气胸，然后穿刺抽气减压。治疗应及早清创并

剖胸探查，术后放置胸膜腔闭式引流，同时预防感染。

3．张力性气胸　胸部损伤后，伤口处呈单向活瓣，气体只能进入胸膜腔而不能排出体外，使胸膜腔内压力不断升高者称为张力性气胸。伤侧肺完全受压萎陷，纵隔移向健侧，导致严重缺氧和循环功能障碍。临床上见极度进行性呼吸困难，端坐呼吸，发绀，休克，甚至窒息。伤侧胸部饱满，肋间隙增宽，呼吸幅度减低，可有皮下气肿，叩诊高度鼓音，呼吸音消失。

急救应立即于患侧锁骨中线第 2 肋间穿刺排气减压。治疗应纠正休克，行胸膜腔闭式引流，必要时剖胸探查。

（三）血胸

胸部损伤引起的胸膜腔积血，称为血胸。

少量血胸（成人 0.5L 以下）仅表现为胸部 X 线显示肋膈窦消失；中量血胸（成人 0.5～1.0L）和大量血胸（成人 1.0L 以上）可表现为低血容量性休克症状及胸膜腔积液征象。

（四）胸膜腔闭式引流的护理

1．保持管道的密闭　水封瓶长玻璃管应没入水中 3～4cm，始终保持直立位。搬运病人、更换引流瓶、水封瓶破裂或连接部位脱节时，务必双重夹闭软质的引流管，以防止空气进入胸膜腔。若引流管从胸腔滑脱，立即用手捏闭伤口处皮肤，消毒处理后用凡士林纱布封闭伤口，绝不可擅自将脱出的引流管再插入胸膜腔内，以免造成污染或损伤。

2．严格无菌操作，防止逆行感染　引流瓶液面应低于胸壁引流口平面 60～100cm。

3．保持引流管道通畅。

4．观察玻璃管水柱随呼吸波动的幅度　正常水柱上下波动 4～6cm。水柱波动有两种情况：①正常情况下波动良好表示引流通畅。②玻璃管水柱随呼吸无波动时表示：一是引流管被血块堵塞，失去引流作用；二是肺膨胀良好，已无残腔。

5．观察记录引流液的量、颜色和性状。

6．妥善固定引流管。

7．体位与活动　若病人血压平稳，应采取半卧位。

8．拔管指征　胸膜腔引流后，如 24～48h 内水柱停止波动，临床观察无气体逸出，或引流量明显减少且颜色变浅，即 24h 引流液＜50mL，脓液＜10mL，经 X 线检查肺部正常，病人无呼吸困难，即可拔除引流管。

第十章　腹 部 疾 病

复习要求

1．了解急性化脓性腹膜炎的病因及发病机制，熟悉急性化脓性腹膜炎的辅助检查，盆腔脓肿、膈下脓肿的临床特点；掌握急性化脓性腹膜炎的临床表现、防治要点及护理措施。

2．了解腹部损伤的病因、分类；掌握腹部损伤的临床表现、常用辅助检查、急救措施和治疗原则。

3．熟悉腹外疝的病因、病理解剖类型、防治要点与护理措施；掌握腹股沟斜疝、腹股沟直疝、股疝的鉴别要点。

4．熟悉胃、十二指肠溃疡的病因、临床表现；掌握胃、十二指肠溃疡手术适应证和常用手术方式，术后常见并发症的观察与护理，其严重并发症（急性穿孔、急性大出血、瘢痕性幽门梗阻）的临床表现。

5．熟悉急性阑尾炎的病因、病理类型；掌握急性阑尾炎的临床表现、防治要点。

6．熟悉肠梗阻的病因、分类，粘连性肠梗阻、肠扭转、肠套叠的临床特点；掌握急性肠梗阻的临床表现和肠绞窄的临床征象、急性肠梗阻的防治要点；

7．了解痔的病因；熟悉痔的好发部位；掌握痔的临床表现、防治要点和肛门坐浴的护理要点；

8．了解胆石症与胆道感染的病因；熟悉胆道蛔虫病的临床表现；掌握胆囊结石与急性胆囊炎、急性梗阻性化脓性胆管炎的临床表现、防治要点和 T 形管引流的护理要点。

复习内容

一、急性化脓性腹膜炎

急性化脓性腹膜炎简称急性腹膜炎，是指由化脓性细菌感染或化学、物理、损伤等因素刺激而引起的腹膜的急性化脓性炎症。

（一）病因及发病机制

原发性腹膜炎是指腹内无原发病灶，细菌由血液循环、淋巴途径或女性生殖道侵入腹膜腔引起的急性腹膜炎，病原菌多为溶血性链球菌或肺炎链球菌。以儿童多见，尤其是 10 岁以下女童，常发生于上呼吸道感染、肾病、猩红热及营养不良等；成人可因肝硬化腹水感染引起；女性生殖系统慢性炎症时细菌通过阴道、子宫、输卵管向上扩散至腹膜腔引起。

继发性腹膜炎常继发于腹内脏器的感染扩散、穿孔、腹部损伤及手术污染，占急性腹膜炎的 98%，常见于急性阑尾炎、溃疡病穿孔、肠绞窄等。

急性腹膜炎可致缺水和电解质紊乱、脓毒症、失液性及感染性休克、心肺功能障碍。

（二）病情判断

1．临床表现

（1）症状　腹痛（最主要的症状，特点为剧烈持续性疼痛，以原发病变部位最为显著）；恶心、呕吐；全身感染中毒症状。

（2）腹部体征　明显腹胀、腹式呼吸减弱或消失；腹肌紧张、腹部压痛和反跳痛三者同时存在合称腹膜刺激征（最重要的体征）；叩诊鼓音，肝浊音界缩小或消失，移动性浊音（+）；肠鸣音减弱或消失。

2．并发症　常见腹腔脓肿（可分为膈下脓肿、盆腔脓肿、肠间脓肿；膈下脓肿与盆腔脓肿的特点如表 2-10-1 所示）和粘连性肠梗阻。

表 2-10-1　盆腔脓肿和膈下脓肿的特点

类　型	表 现 特 点
盆腔脓肿	最常见。全身中毒症状轻，主要为直肠刺激症状（如排便次数增多，粘液便，里急后重等）和膀胱刺激症状（尿频、尿急、尿痛）。直肠指检直肠前壁饱满、有触痛和波动感；B 超可明确脓肿的大小及位置。
膈下脓肿	指脓液积聚于膈肌之下，横结肠及其系膜以上间隙内的脓肿。全身中毒症状重；患侧上腹部持续钝痛，深呼吸时加重；胸部下方叩痛，呼吸音降低。X 线检查患侧膈肌抬高、活动受限、肋膈角模糊或有少量积液。B 超可确诊。

3．辅助检查　血白细胞计数及中性粒细胞比值升高；有体液失衡的表现。腹部 X 线检查可见肠麻痹征象；胃肠道穿孔时多数可见膈下游离气体。B 超、CT 检查能够了解肝、胆、脾、肾、胰腺等损伤或感染以及腹腔内积液、积脓情况。腹腔穿刺多可判断明确病因：胃、十二指肠溃疡穿孔穿刺液呈黄色混浊状，无臭味，有时可抽出食物残渣；急性化脓性阑尾炎腹穿液呈稀脓性，有臭味；绞窄性肠梗阻可抽出血性脓液，臭味重；出血坏死性胰腺炎为血性渗出液，且胰淀粉酶含量高；若抽出不凝固血液，说明有腹腔内实质性脏器破裂；若抽出液为血液，抽出后迅速凝固，则可能误刺入血管，无临床意义。

（三）防治要点

治疗原则为消除病因，改善全身情况，有效控制感染，积极防治休克，充分引流腹腔。

对原发性腹膜炎，病情较轻、全身情况良好的继发性腹膜炎或腹膜炎已经局限或有局限趋势者，可采用非手术治疗。主要措施包括半卧位；禁食、胃肠减压；输液输血，补充血容量，纠正体液失衡；使用抗生素控制感染；对症处理。

对经 6～8h 严格非手术治疗病情不缓解反而加重者及病情严重的继发性腹膜炎，应及时施行剖腹探查术。手术原则为探查和确定病因，正确处理原发病灶，彻底清理腹腔，采取恰当的腹腔引流。

（四）护理措施

1．非手术治疗与术前护理

（1）严密观察病情变化：①定时测量生命体征的变化；②详细记录液体的出入量，必要

时监测每小时尿量；③定时观察腹部的变化；④动态监测实验室及其他检查结果的变化；⑤观察有无腹腔脓肿形成。

（2）体位：一般采取半卧位；休克病人则采取平卧或中凹卧位。

（3）禁食、胃肠减压。

（4）输液输血，纠正水、电解质紊乱，加强营养支持：根据病情和补液的监测指标安排好输液的顺序，调整好输液速度、量和种类。

（5）控制感染：遵医嘱应用有效抗生素，注意给药浓度、时间、途径及配伍禁忌。并观察治疗效果及药物毒副作用。

（6）对症护理：遵医嘱给予镇静、止痛、吸氧、降温等措施。一般禁止灌肠和服用泻药，在病情观察期间和确定治疗方案之前禁用吗啡类强止痛剂。

（7）做好急诊手术前的各项常规准备。

2．术后护理

（1）继续监测病情变化。

（2）术后按麻醉要求安置体位，待病情稳定后取半卧位；鼓励病人及早活动，以防止肠粘连。

（3）继续胃肠减压，待肠蠕动恢复、肛门排气后拔除胃肠减压管，开始进流质，逐步恢复正常饮食。

（4）补液、营养支持。

（5）腹腔引流护理：正确连接引流装置，并妥善固定；保证引流通畅有效；严格遵守无菌操作原则，定时更换引流袋；准确记录引流量和性质。拔管指证：引流量明显减少，色清，病人体温正常、血白细胞计数正常，B 超检查腹腔无积液或积脓。

（6）其他：术后遵医嘱继续使用有效抗生素控制感染；适当应用镇痛剂减轻疼痛；对腹胀明显者加用腹带，防止切口裂开。

二、腹部损伤

腹部损伤根据腹膜腔是否与外界相通可分为闭合性腹部损伤和开放性腹部损伤。闭合性腹部损伤多发生在交通事故、工伤意外、爆炸、打架斗殴等情况时，多由钝性暴力所致；开放性腹部损伤多发生于锐器损伤与火器伤。

（一）病情判断

1．临床表现

（1）腹痛：多在伤后立即发生。呈持续性，其性质与程度以上消化道器官破裂最为严重。

（2）恶心呕吐：腹腔内器官损伤早期常伴恶心、呕吐。上消化道损伤可出现呕血。

（3）休克：肝、脾、胰等实质性器官及血管破裂的主要表现是腹腔内（或腹膜后）出血及失血性休克。腹腔积血量较多时可发现移动性浊音。严重空腔脏器损伤早期可有创伤性休克，后期可导致感染性休克。

（4）急性腹膜炎：胃、肠、胆道、膀胱等空腔脏器破裂时以急性腹膜炎的表现最为突出。一般情况下腹膜刺激征最显著处，也是损伤器官所在部位。胃肠破裂时常有肝浊音界缩小或

消失（气腹征）。实质性器官损伤亦可有急性腹膜炎，但腹部症状和体征多较轻（肝、胰破裂时腹膜刺激征则较明显）。

（5）多器官功能障碍综合征（MODS）。

（6）开放性腹部损伤：还可见到内脏器官脱出、胃肠内容物或混浊液溢出、或有血液从伤口流出等征象。

空腔脏器损伤和实质质性器官损伤的临床特点及不同器官损伤的临床特点见表 2-10-2、表 2-10-3。

表 2-10-2　腹部空腔脏器与实质性器官损伤的表现特点

	空腔脏器损伤	实质性器官损伤
临床特征	以急性腹膜炎为主	以急性内出血（休克）为主
腹部叩诊	常见肝浊音界缩小或消失	常见移动性浊音
血常规	白细胞计数增多，中性粒细胞增多	红细胞计数减少，血红蛋白值下降
X 线、B 超	腹腔内积气等	腹腔积液及肝、脾破裂有关征象
腹腔穿刺	可见混浊液体、胃肠内容物等	可见不凝固血液

表 2-10-3　腹部不同器官损伤的临床特点

损伤器官	临床特点
脾破裂	左季肋区、左腰部或左上腹部受伤史；失血性休克，移动性浊音（+）；左上腹腹膜刺激征较明显；X 线、B 超检查见脾或脾区异常征象
肝破裂	右季肋区、右腰部或右上腹部受伤史；失血性休克，移动性浊音（+）；因胆汁随血液溢入腹腔，腹痛及腹膜刺激征明显；如有血液流入胆管可出现黑便或呕血；X 线、B 超检查见肝或肝区异常征象
小肠破裂	中、下腹部受伤史；急性腹膜炎表现特点，受伤部位体征显著；部分病人有气腹表现
结肠、直肠破裂（腹膜返折之上）	腹周围、腰背部受伤史；腹腔内损伤时局部腹痛或压痛轻，而全身感染中毒症状较重；可有气腹或血便；腹腔穿刺可得粪性液体；腹膜后结肠损伤常导致严重的腹膜后感染，有腰部胀痛、血便，有腹膜后积气和积液征象

2．辅助检查

（1）实验室检查。

（2）影像学检查：B超、X线检查、CT、MRI等。

（3）腹腔穿刺或灌洗：观察抽出液体的性质，如血液、胃肠内容物、胆汁、混浊脓性液体或证明是尿液等，即可分析、判断损伤器官的情况；穿刺液中淀粉酶值增高，提示胰、十二指肠或近段空肠损伤；抽出不凝血液是实质性器官破裂的有力证据。腹腔穿刺无阳性发现又高度怀疑有腹腔器官损伤时，可考虑腹腔灌洗。

（二）防治要点

1．现场急救　应首先处理危及生命的情况，保持呼吸道通畅，积极预防休克。对开放性腹部损伤，应妥善处理伤口，做好包扎固定。如有小量肠管脱出，可用已消毒或清洁碗盆覆盖架空保护后包扎固定，切勿现场还纳；若有大量肠管脱出，应先将其还纳入腹腔，暂行包

扎，避免因伤口收缩压迫肠管导致缺血坏死或肠系膜受牵拉引起或加重休克。

2．治疗原则　单纯腹壁损伤按一般软组织损伤的治疗原则处理。对全身情况比较稳定，暂时不能确定有无内脏损伤或已明确是内脏轻微损伤，可在密切观察病情变化的前提下进行非手术治疗。一旦病情加重，须及时手术。对已明确为实质性器官损伤者应边抗休克边手术。中空器官破裂者一般先抗休克后手术效果较好，但如休克不易纠正时亦应边抗休克边手术。

三、腹外疝

腹外疝是腹内器官或组织经腹壁薄弱点或缺损处向体表突出而形成的局部包块。

（一）病因病理

1．病因　腹壁或盆壁强度降低、腹内压增高。

2．病理组成　包括疝环（疝门）、疝囊、疝内容物（以小肠最常见，其次为大网膜）及疝外被盖。

3．病理类型　腹外疝可分为易复性疝、难复性疝（包括滑动性疝，滑动性疝是指腹腔间位脏器坠入疝囊并成为疝囊壁的一部分的疝）、嵌顿性疝（指疝环较小而腹内压突然增高时，较多的疝内容物强行扩张疝环挤入疝囊，随后由于疝环的弹性回缩，使疝内容物被卡住而不能回纳）、绞窄性疝（疝囊内肠管及其系膜的动脉完全阻断，动脉搏动消失、肠蠕动能力丧失、肠壁变黑坏死，囊内渗液转为血性，常合并急性腹膜炎，易发生感染性休克）四种类型。

（二）临床表现

1．易复性疝　病人多无自觉症状或疝块较大时有局部坠胀不适。主要表现为局部包块，无触痛，常在站立、行走、咳嗽或劳动时出现。还纳疝内容物后，局部可触及腹壁的缺损处，此时让病人咳嗽，手指处有膨胀性的冲击感。

2．难复性疝　除了局部坠胀、隐痛不适稍重外，主要特点是是疝内容物不能完全还纳；滑动性疝可有“消化不良”和便秘等症状，疝块巨大者影响工作和生活。

3．嵌顿性疝与绞窄性疝　嵌顿性疝的主要表现为腹内压骤升时突然出现局部痛性包块或原有的小疝块突然增大，并伴有剧烈疼痛，疝块紧张发硬，有明显的触痛，平卧或用手推送不能使疝内容物还纳。疝内容物如为肠管，还可有急性肠梗阻的表现，甚至出现水、电解质和酸碱平衡失调。嵌顿性疝发展为绞窄性疝时，疝内容物坏死穿孔可有疝外被盖组织急性蜂窝织炎或急性腹膜炎的表现，严重时可发生感染性休克。

腹外疝除了以上共性的表现外，不同部位的腹外疝还有其临床特点（表 2-10-4）。

表 2-10-4　常见腹外疝的临床特点

	腹股沟斜疝	腹股沟直疝	股疝	脐疝	切口疝
好发年龄	少年儿童和青壮年，男性多见	老年，男性多见	中年以上女性多见	婴儿	有腹部手术史的任何年龄
突出径路	腹股沟管深环→腹股沟管→腹股沟管浅环→阴囊	直疝三角（不进入阴囊）	股环→股管→隐静脉裂孔	脐环	切口瘢痕处

续表

	腹股沟斜疝	腹股沟直疝	股疝	脐疝	切口疝
疝块外形	腹股沟管内呈椭圆形，进入阴囊呈梨形	基底较大，呈半球形	基底较小，呈半球形	球形或锥形	形态不一
回纳后压迫深环	疝块不再出现	疝块仍可突出	—	—	—
嵌顿机会	较多发生	少见	最易发生	较少	少见

（三）防治要点

手术是治疗腹外疝的最有效的方法。常用手术方式有单纯疝囊高位结扎术和疝修补术（包括传统疝修补术、无张力疝修补术和经腹腔镜疝修补术）。

非手术治疗仅限于 6 个月以内婴儿的脐疝和先天性腹股沟斜疝、年老体弱或伴有严重疾病不能耐受手术及慢性腹内压增高因素未解除者。

对发生嵌顿3～4小时内的腹外疝，疝内容物多无绞窄，可试行手法复位。对手法复位不成功的嵌顿性疝或怀疑可能发生绞窄者，均需紧急手术治疗。

（四）护理要点

手术前护理的重点是去除腹内压增高的因素（最重要），严格备皮（防止切口感染、避免疝复发的重要措施）。

手术后护理要点为：①术后取平卧位，膝下垫一软枕，使膝、髋关节微屈，以松弛腹股沟伤口张力，并减少腹腔内压力。传统疝修补术后应绝对卧床 4～7 日；无张力性疝修补术后 24～48 小时即可下床活动，但年老体弱、复发疝、绞窄性疝、巨大疝的病人应延长卧床时间（至少 10 日）；②防止腹内压增高，预防疝复发；③预防阴囊血肿，用 0.5kg 砂袋压迫手术切口 24h，并使用阴囊托或丁字带兜起阴囊。

（五）健康教育

出院后 3 个月内不可参加重体力劳动和剧烈活动。

四、胃、十二指肠溃疡的外科治疗

胃、十二指肠溃疡的病因、发病机制、临床表现及保守疗法见“内科护理学”部分。本节仅介绍与外科治疗有关的内容。

（一）手术适应证

胃十二指肠溃疡急性穿孔、急性大出血、瘢痕性幽门梗阻、胃溃疡癌变或可疑癌变，及长期内科治疗无效者。

（二）手术方式

①胃大部切除术（包括毕 I 式和毕 II 式二种），是我国最常用的手术方式；②胃迷走神经切断术；③胃穿孔修补术；

（三）严重并发症

1．胃、十二指肠溃疡急性穿孔　最严重的并发症。患者突发上腹部刀割或撕裂样剧痛，迅速蔓延至全腹，但仍以上腹为重。常伴恶心呕吐、面色苍白、出冷汗、甚至休克。早期腹肌呈“板样”强直，全腹明显压痛和反跳痛，可有肝浊音界缩小或消失，肠鸣音消失。立位X线腹部检查多数可见膈下半月形游离气体影（最重要），腹腔穿刺可抽出黄色混浊液体。

2．胃、十二指肠溃疡急性大出血　最常见的并发症，约15%～25%的患者并发出血。轻者表现为黑便、呕血，呕血或便血后有头晕、无力、心悸，甚至昏厥。若短期内失血量超过400mL，出现血容量减少征象；若失血量超过 800mL，则可出现低血容量性休克。胃镜检查可明确诊断（出血期间禁用X线钡餐造影检查）。

3．瘢痕性幽门梗阻　手术治疗的绝对适应证。患者上腹胀痛不适、食欲减退、恶心呕吐，呕吐物呈腐败酸臭味的宿食（主要症状），不含胆汁。呕吐后自觉胃部舒适，故患者常自行诱吐。体检时手拍上腹可闻及震水音（特征性体征）。病人有营养不良、缺水、低钾低氯性碱中毒的表现。X线钡餐造影和纤维胃镜检查可确诊。

（四）护理要点

重点是胃大部切除术后常见并发症的观察和护理

1．吻合口出血　术后最早的并发症，多发生在术后24h以内。短期内自胃管引流出较大量的血液，尤其是鲜血，甚至有呕血、黑便、严重者可出现休克。先给予禁食、止血药物、抗酸药物、输新鲜血液等措施止血，无效者应手术止血。

2．十二指肠残端破裂　毕Ⅱ式胃大部切除术后最严重的并发症，死亡率高达10%～15%。多发生在手术后3～6天。表现为右上腹突然发生剧烈疼痛，出现局限或弥漫性腹膜炎表现；右上腹穿刺可抽出胆汁样液体。一旦发生应立即手术。术后妥善保持有效持续负压引流；观察记录引流液的性质、颜色和量，保持体液平衡，抗感染治疗，给予全胃肠外营养支持。

3．胃肠吻合口破裂或瘘　少见，多发生在手术后5～7天。常引起明显的急性腹膜炎的症状和体征，应立即手术。

4．术后梗阻　根据梗阻部位分为吻合口梗阻（主要表现为进食后上腹饱胀、呕吐，呕吐物为食物，多无胆汁。X 线检查见造影剂完全滞留在胃内）、空肠输入襻梗阻（完全性梗阻表现为病人突然发生上腹部剧痛，频繁呕吐，量少、不含胆汁，吐后症状不缓解；上腹偏右有压痛，甚至扪及肿块，可有休克症状。不完全性梗阻表现为进食后约 15～30min 上腹突然胀痛或剧痛，喷射状呕吐出大量胆汁样液体，呕吐后症状减轻或消失）、空肠输出襻梗阻（表现为进食后上腹饱胀钝痛，呕吐物为食物及胆汁。X 线钡餐检查可显示梗阻的部位）。先行禁食、胃肠减压，对症治疗；若症状不缓解，则及时手术。

5．倾倒综合征　分为早期和晚期两类。①早期倾倒综合征：多发生在进食后10～20min内，症状的发生与食物的性质和量有关，进甜食及牛奶易引起症状，过量进食往往立即导致症状发作。主要为头昏、心悸、出汗、面色苍白，心动过速，上腹饱胀不适、恶心呕吐、肠鸣频繁，可有绞痛，继而腹泻。症状持续 60～90min 自行缓解。多数通过少量多餐，进食蛋白、脂肪类食物，控制甜食，限制液体食物，餐后平卧 20～30min 等措施，半年至1年内可自愈；极少数症状严重而持久者应再次手术。②晚期倾倒综合征（低血糖综合征）：餐后2～

4h 出现全身无力、出汗、心慌、饥饿感、嗜睡、眩晕等。出现症状时稍进食即可缓解。饮食中减少糖类，增加蛋白质比例，少量多餐可防止其发生。

五、急性阑尾炎

急性阑尾炎是最常见的外科急腹症，好发于青壮年，10～40 岁的患者约占 85%。

（一）病因病理

1．病因　①阑尾管腔梗阻（急性阑尾炎的主要原因，其中淋巴滤泡明显增生约占 60%，粪石阻塞或压迫约占 35%；②细菌感染。

2．病理　根据病理解剖学变化可分为急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎、急性坏疽穿孔性阑尾炎和阑尾周围脓肿 4 种病理类型。急性阑尾炎的转归有以下几种：①炎症消退；②炎症局限化；③炎症扩散。

（二）临床表现

1．腹痛　典型表现为转移性右下腹痛（约占 70%～80%），少数患者一开始疼痛即局限于右下腹。若持续性剧痛范围扩大，波及腹腔大部或全腹，是阑尾坏死或穿孔并发腹膜炎的表现。病程中腹痛突然减轻，可能是阑尾腔梗阻解除、病情好转的表现，但也可能是阑尾坏疽穿孔，使腔内压力骤减而腹痛有所缓解，但这种腹痛缓解是暂时的，并且体征和中毒症状迅速恶化。

2．消化道症状　恶心呕吐最常见，早期表现为反射性呕吐，部分可有便秘或腹泻。盆腔位阑尾炎可引起排便，里急后重、粘液便等直肠刺激症状。

3．全身症状　有不同程度的感染中毒症状。并发门静脉炎时可表现为寒战高热、黄疸、肝大有触痛，甚至形成肝脓肿。

4．体征

（1）右下腹固定性压痛：是急性阑尾炎最常见和最重要的体征。当疼痛还位于脐周或上腹部时右下腹压痛就已经存在。常见的压痛点有：①麦氏点：在脐与右侧髂前上棘连线的中外 1/3 交界处；②兰氏点：在两侧髂前上棘连线的中、右 1/3 交界处；③莫氏点：在脐和右髂前上棘连线与右侧腹直肌外缘相交处；④Rapp 压痛区。

（2）腹膜刺激征：当炎症侵及壁腹膜时出现不同程度的反跳痛和肌紧张，肠鸣音减弱或消失。

（3）其他辅助体征：包括结肠充气试验（Rovsing 征）、腰大肌试验、闭孔内肌试验、直肠指检。

（4）腹部包块：阑尾周围脓肿较大时，可在右下腹触到境界不太清楚，不能活动，伴有压痛和反跳痛的包块。

（三）辅助检查

血白细胞计数及中性粒细胞比例升高；当阑尾靠近输尿管和膀胱时，尿中可出现少量红细胞和白细胞。

（四）防治要点

一旦确诊，及时手术治疗，主要手术方式为阑尾切除术。非手术治疗主要适用于急性单

纯性阑尾炎、有局限倾向的阑尾周围脓肿病人。措施包括卧床休息，控制感染和对症处理等。

六、肠梗阻

任何原因引起的肠腔内容物的正常运行或通过发生障碍均称为肠梗阻。

（一）分类

1．按病因可分为　①机械性肠梗阻（由于肠腔阻塞、肠管受压、肠壁病变等引起肠腔变窄而使肠内容物通过发生障碍）；②动力性肠梗阻（由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌功能紊乱，但无器质性的肠腔狭窄）；③血运性肠梗阻（由于肠系膜血管栓塞或血栓形成，使肠管血运障碍，继而发生肠麻痹使肠内容物不能运行）。

2．按肠壁有无血运障碍可分为　单纯性肠梗阻、绞窄性肠梗阻。

3．其他分类　按肠梗阻的部位分为高位肠梗阻、低位肠梗阻；根据梗阻的程度分为完全性肠梗阻、不完全性肠梗阻；按肠梗阻发生的病程分为急性肠梗阻、慢性肠梗阻。

（二）病理生理

1．局部改变　单纯性机械性肠梗阻的梗阻以上部位肠管扩张；绞窄性肠梗阻肠壁缺血坏死，甚至破溃穿孔。

2．全身变化　①循环、呼吸功能障碍；②水、电解质及酸碱平衡紊乱；③低血容量性休克和感染性休克，MODS。

（三）病情判断

不但要确定梗阻的存在，更重要的是还要明确梗阻的原因、部位、程度、性质。

1．临床表现　各种急性肠梗阻的共同表现为腹痛、呕吐、腹胀及肛门停止排便排气。腹部体征：单纯性机械性肠梗阻可见腹胀、肠蠕动波、肠鸣音亢进，有气过水声或金属音；绞窄性肠梗阻有固定性压痛和腹膜刺激征，腹腔内渗液多时可有移动性浊音；麻痹性肠梗阻时腹胀均匀，肠鸣音减弱或消失。

若病人出现下列情况之一时，提示有肠绞窄的可能：①腹痛发作急骤，起始即为持续性剧烈疼痛，或持续性疼痛阵发性加剧，有时可出现腰背部牵涉痛，呕吐出现早、剧烈而频繁；②病情发展迅速，早期即出现休克，或一般抗休克治疗后改善不显著；③有明显的腹膜刺激征，体温上升、脉率增快、血白细胞计数及中性粒细胞比例增高；④腹胀不对称，腹部有局部隆起或扪及有压痛的肿块；⑤移动性浊音阳性或出现气腹征；⑥呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物、腹腔穿刺抽出液为血性；⑦经积极的非手术治疗症状、体征无明显改善或反而加重。⑧腹部 X 线检查显示孤立、突出胀大的肠襻，不因时间而改变位置，或有假肿瘤阴影等征象。

2．辅助检查　血液浓缩（血红蛋白、血细胞比容增高），血清 Na^+正常或轻度降低，血清 K^+、HCO_3^- 降低。肠绞窄时 WBC 计数和中性粒细胞比例明显增高。X 线立位检查可见肠管扩张、积气及多个液平面。

3．常见机械性肠梗阻的特点（见表 2-10-5）

表 2-10-5　常见机械性肠梗阻的临床特点

肠梗阻种类	临 床 特 点
粘连性肠梗阻	为肠粘连或肠管被粘连带压迫所致的肠梗阻，为最常见的肠梗阻类型。病人多有腹腔手术、创伤、感染史，以腹腔手术最为多见。有较典型的单纯性不全性机械性肠梗阻的表现，有时可形成完全性或绞窄性肠梗阻。一般采用非手术疗法，病情加重或发生肠绞窄时手术治疗
肠套叠	2 岁以下婴幼儿占 80%，尤以 4～10 个月婴儿发病率最高，与饮食性质改变引起的肠功能紊乱有关，以回结肠型最多见。典型表现为阵发性腹痛（哭闹）伴呕吐、果酱样粘液血便、腊肠形腹部肿块。空气或钡剂灌肠 X 线检查可见空气或钡剂在结肠内逆行受阻，受阻端呈“杯口”状或“弹簧状”阴影。早期可空气灌肠复位，否则及时手术
肠扭转	小肠扭转多见于男性青壮年，多有饱餐后剧烈活动史。多表现为脐周剧烈绞痛，呈持续性疼痛、阵发性加剧，常牵涉到腰背部，病人往往不敢平仰卧。呕吐频繁，腹胀不显著或不对称，严重者有明显腹膜刺激征，移动性浊音阳性，可无高亢肠鸣音。X 线检查符合绞窄性肠梗阻的表现。治疗应及早手术。 乙状结肠扭转多见于男性老年人，常有习惯性便秘病史。除腹部绞痛外，有明显腹胀，但呕吐一般不明显。低压灌肠灌入量往往不超过 500mL，钡剂灌肠 X 线检查见扭转部位钡剂受阻，钡影尖端呈“锥形”或“鸟嘴”形阴影。治疗应及早手术

（三）防治要点

原则是尽快解除梗阻，恢复肠道通畅，纠正全身生理功能紊乱。

1．基础治疗措施　包括禁食和胃肠减压；纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡，补充血容量；积极防治感染和中毒。

2．解除梗阻的措施

（1）非手术疗法　如肠套叠早期的空气灌肠复位，蛔虫性肠梗阻的驱虫疗法，粪块堵塞的灌肠疗法等。

（2）手术疗法　原则是在最短的时间内，以最简单的方法解除梗阻，恢复肠道的通畅。手术方式可根据病因、病变部位、性质及全身情况而定。

七、痔

痔是指直肠下端黏膜下或肛管皮下静脉丛扩大、曲张、淤血所形成的静脉团块。

（一）病因和类型

痔为肛肠外科常见病，多见于成人，以 20～40 岁青壮年为多。病因有解剖因素、腹内压增高、其他因素（肛管及直肠下端慢性感染、静脉壁纤维化、长期饮酒、喜食辛辣食物等）。

痔可分为内痔（位于齿状线以上，由直肠上静脉丛迂曲扩张形成的静脉团，表面覆盖直肠黏膜）、外痔（位于齿状线以下，由直肠下静脉丛迂曲扩张形成，表面覆盖肛管皮肤）和混合痔三类。

（二）临床表现

根据痔的位置，可分为内痔、外痔、混合痔。

1．内痔　好发于直肠远端的左侧、右后及右前方（即截石位的 3、7、11 点钟处）。主要表现为排便时无痛性出血和痔块脱出。按病程分为 4 期：①一期：以排便时无痛性出血为主，痔块不脱出肛门外；②二期：便血加重，严重时呈喷射状，排便时痔块脱出，但便后能自行回缩复位；③三期：便血量常减少，但腹压增高时痔块常可脱出，且不能自行回缩，须用手将其托回，同时可出现局部疼痛，痔块嵌顿时疼痛加剧，甚至发生痔块坏死；④四期：便血常消失，痔块长期脱出，不能回纳或回纳后立即又复发。

2．外痔　一般无明显症状。过度用力排便使皮下静脉丛破裂出血，患者突然感到肛门剧痛，肛管皮下见边界清楚、触痛明显的暗紫色肿物时称为血栓性外痔。

3．混合痔　在病理和表现上同时兼有内、外痔的特征。

4．辅助检查　肛门视诊、直肠指检、肛门镜检查。

（三）防治要点

治疗原则为：保持大便通畅，防止便秘和腹内压增加，加强体育锻炼，避免久坐久站等。非手术疗法包括：调节饮食，不食辛辣食物；养成定时排便习惯；便后坐浴，防止便秘和蹲厕时间过长；二期内痔可采用注射硬化剂或胶圈套扎等疗法。手术用于血栓性外痔、混合痔及三期内痔。

（四）肛门坐浴的护理

肛门坐浴是直肠肛管疾病常用的辅助治疗方法，能增进局部血运以促进炎症吸收，缓解括约肌痉挛以减轻疼痛，并能清除分泌物而起到良好的清洁消炎作用。坐浴时用 40～50℃的温水或 0.02%高锰酸钾溶液，将盆具放在离地面约 20cm 的矮凳上，然后嘱病人下蹲使整个肛门会阴部浸泡在热水中，维持坐浴时间约 15～20 分钟。对年老体弱病人要挽扶其坐下或起身，以免跌倒。

八、胆道疾病

（一）特殊检查

检查方法包括 B 型超声（首选，检查前应禁食 12h，禁饮 4h）、经皮肝穿刺胆管造影（PTC）、经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）、术中及术后胆管造影、CT、胆道镜（术中胆道镜检查、术后胆道镜检查）、MRI。

（二）胆石症与胆道感染

胆石病与胆道感染是常见的外科急腹症之一，多见于 40 岁以上女性，发病率比男性高 2～3 倍。以急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）最为严重，死亡率高。

1．病因及发病机制　发病因素包括：①胆汁化学成分和理化性质的改变；②胆汁淤滞；③细菌感染。胆石按其化学成分可分为胆固醇结石、胆色素结石、混合性结石三种。结石、梗阻、感染三者互为因果，可引起化脓性胆管炎、胆囊炎、肝脓肿、胆道出血、胰腺炎、胆汁性肝硬化或肝萎缩。

2．病情判断

（1）胆囊结石和急性胆囊炎：胆囊结石最常见，约占胆结石的 50%，多为胆固醇结石。

易误为“消化不良”和“胃病”。较小结石可于进食油腻食物后或夜间平卧时引起胆绞痛及急性胆囊炎。急性胆囊炎的病理类型分为急性单纯性、急性化脓性、急性坏疽性三种。主要表现为右上腹剧烈绞痛、阵发性加重，可向右肩背部放射，伴恶心、呕吐，重者出现发热、畏寒，少数（约 15%）有轻度黄疸。检查有右上腹压痛及肌紧张，Murphy 征（+），胆囊穿孔可导致弥漫性腹膜炎。白细胞总数及中性粒细胞比例增多；B 超检查可明确诊断。

（2）胆总管结石：约占 20%～30%，多为胆色素结石或混合结石。当结石梗阻胆管并发急性胆管炎时，出现典型的夏柯（Charcot）三联征：右上腹绞痛、寒战高热、黄疸，同时伴恶心、呕吐。腹部检查有剑突下偏右深压痛，腹膜刺激征不明显，可触及肿大的肝脏或胆囊，有时有肝区叩击痛。实验室检查：大便呈白陶土样，血清总胆红素增高，直接胆红素增高，尿胆素（+）、尿胆原（–），尿呈茶色。B 超检查可协诊。

（3）急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）：也称急性重症胆管炎（ACTS），是胆石病最凶险的并发症，须及时手术。患者常有胆道疾病反复发作及胆管手术史。起病急骤，具有雷诺（Reynolds）五联征（右上腹持续性绞痛、寒战高热、黄疸、感染性休克和神经精神症状）。检查剑突下压痛及肌紧张，肝大，肝区叩击痛，有时可触及肿大的胆囊。白细胞多＞20×10^9/L，PLT＜100×10^9/L，PaO_2 明显下降；B 超、CT 检查可发现明显改变。

（三）胆道蛔虫症

胆道蛔虫症多发于农村青少年儿童，有肠道蛔虫病史。早期表现为突然发生的剑突下阵发性“钻顶样”剧痛，伴恶心、呕吐，常突然发作、突然缓解，间歇期宛如常人；腹部柔软，仅有剑突下偏右侧轻微深压痛，症状与体征不相符是其最大特点。继发胆道感染时可发生寒战高热、黄疸，甚至发生急性胰腺炎、细菌性肝脓肿；可诱发结石。白细胞计数及嗜酸性粒细胞比例增高，大便检查可有蛔虫卵；B 超及 X 线检查可协诊。

（四）防治要点

治疗原则是解痉镇痛、控制感染、排石取石、驱虫祛黄。措施包括：

1. 非手术治疗　适用于胆管结石较小、胆总管下端无明显器质性狭窄、肝内广泛小结石、肝内胆管泥沙样结石、术后复发、残余结石、胆道蛔虫病及较大结石但无严重并发症等病人。治疗措施包括：卧床休息、禁食、输液、抗生素应用、解痉镇痛、驱虫、体外震波碎石、中药排石汤等。

2. 手术治疗　适用于胆管狭窄、胆囊结石、急性梗阻性化脓性胆管炎、急慢性胆囊炎及并发胆囊穿孔、结石嵌顿反复发作经非手术治疗无效者。手术方式有胆囊切除术，胆肠内引流术，胆总管切开探查取石、取虫加 T 管引流术，oddi 括约肌成形术，经内镜下括约肌切开取石术，腹腔镜胆囊切除术（LC）等。

（五）护理要点

参见急性腹膜炎的护理要点，重点是 T 形管引流的护理。

T 管引流的护理要点：①妥善固定；②保持引流通畅；③保持局部清洁；保护引流口皮肤；④观察记录引流胆汁的量及性状；⑤T 形管一般放置 2 周左右拔管，拔管前先试夹引流管 1～2 天，如无异常情况即可拔除；否则继续引流并进行相应处理。

第十一章　周围血管疾病

复习要求

1．了解原发性下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎的病因、发病机制及健康教育指导；
2．熟悉原发性下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎的常用辅助检查及防治要点；
3．掌握原发性下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎的临床表现及护理要点。

复习内容

一、原发性下肢静脉曲张

下肢静脉曲张是指下肢表浅静脉因血液回流障碍而引起的迂曲和扩张。晚期常并发小腿慢性溃疡和感染，为外科的常见病之一。

（一）病因及发病机制

多发生于持久从事重体力劳动或站立工作的人员。下肢静脉分浅、深两组，正常时，下肢静脉血液保持由远而近、由浅入深的流向。静脉壁软弱、静脉瓣膜缺陷及浅静脉内压力持续升高是引起浅静脉曲张的主要原因。

（二）临床表现

下肢静脉曲张主要发生于大隐静脉。

1．早期　曲张静脉弯曲、隆起，似蚯蚓状，长时间站立后患肢酸痛、沉重、发胀、易疲劳。

2．后期　患肢小腿皮肤出现萎缩、干燥、色素沉着、足踝部水肿等营养障碍表现，轻微损伤可引起慢性溃疡。

（三）辅助检查

1．深静脉回流试验（Perthes 试验）　判断深静脉是否通畅，决定能否手术。

2．大隐静脉及交通支瓣膜功能试验（Trendelenburg 试验）　了解大隐静脉及交通支瓣膜功能，以决定治疗方法。

3．下肢静脉造影检查　是诊断下肢静脉疾病最可靠、最有效的方法。

4．B 超和多普勒扫描。

（四）防治要点

原发性下肢静脉曲张，轻度可穿医用弹力袜和缠绕弹力绷带；避免站立过久，多抬高患肢。对范围较小的局限性静脉曲张，可行硬化剂注射治疗。凡深静脉通畅、无手术禁忌证者均可手术治疗。继发性下肢静脉曲张禁忌手术。

（五）护理措施

1．术前护理

（1）抬高患肢，减轻肿胀。

（2）并发小腿溃疡者，术前应加强换药，并全身应用抗生素。有皮肤慢性炎症或皮炎者，及时换药。.

（3）严格备皮。若术中需植皮时，还应作好供皮区皮肤准备。

（4）手术前用甲紫或记号笔画出曲张静脉的行径。

（5）注射硬化剂的部位用无菌敷料覆盖，弹力绷带包扎。

2．术后护理

（1）密切观察血压、脉搏、肢体温度及伤口有无渗血或血肿；观察肢体的色泽、感觉和脉搏强度，以判断血管通畅度。

（2）大隐静脉高位结扎加分段剥离术后应抬高患肢 30°，同时作足背伸屈运动，以促进静脉血回流。同时注意保持弹力绷带适宜的松紧度。弹力绷带一般需维持两周。

（3）术后如无异常，24～48h 后应鼓励病人下地行走，避免久站、久坐。

3．健康教育　平时保持良好的坐姿，避免久站；坐时双膝避免交叉过久；休息时抬高患肢；保持大便通畅。

二、血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎（TAO）又称 Buerger 病，是一种进行缓慢的累及周围血管的炎症和闭塞性病变，多发生在下肢血管。

（一）病因及发病机制

目前认为与长期吸烟、寒冷与潮湿的生活环境、慢性损伤及感染有关。是一种累及血管的炎症性、节段性、周期性发作的慢性闭塞性疾病，好发于男性青壮年。

（二）临床表现

1．局部缺血期　此期临床特点为间歇性跛行；患肢足背、胫后动脉搏动明显减弱；部分病人可有游走性静脉炎。

2．营养障碍期　此期临床特点为休息痛（静止痛）；患肢足背及胫后动脉搏动消失；足与小腿皮肤苍白、干冷，肌肉萎缩，趾甲增厚。

3．坏疽期　此期临床特点为干性坏疽，继发感染时可转为湿性坏疽，常伴有全身感染中毒症状。

（三）辅助检查

1．皮肤温度测定　在室温（15℃～25℃）条件下，患肢温度较正常侧相应部位低 2℃以上，表示该侧肢体供血不足。

2．多普勒超声显像、肢体血流图和动脉造影　可了解病变血管部位、范围和程度。

（四）防治要点

治疗原则为解除血管痉挛，促进侧支循环，控制病变进展，防治并发症，尽可能保存肢体，减少伤残。主要措施为采用中、西药、手术及高压氧等综合治疗。

（五）护理措施

1. 止痛　疼痛是本病病人较为突出的症状。早期应用扩血管药物、低分子右旋糖酐、中药治疗等。中、晚期常须使用麻醉性镇痛药物，但应避免成瘾。对疼痛难以解除者，可采用连续硬膜外阻滞。

2. 保护患肢　防止外伤，注意保暖，避免受寒，但不能局部加温。保持足部清洁、干燥，有足癣者宜及时治疗。

3．绝对戒烟。禁止咖啡、浓茶及刺激性食物。

4．测皮温　在15～20℃室温条件下，患肢皮温常较正常侧低2℃以上。应定期用半导体测温计测量肢体皮肤温度，两侧对照，并记录，以观察疗效。

5．对施行血管重建术的病人，术后患肢应平置并制动2周。卧床期间坚持做足背伸屈运动，以促进小腿部静脉血液回流。

6．健康教育　绝对戒烟；保护患肢，避免外伤；注意患肢保暖；指导病人进行肢体运动，以促进侧支循环建立；合理使用止痛药物。

第十二章　泌尿及男生殖系统疾病

复习要求

1．了解尿道损伤的发病机制；熟悉尿道损伤的病因、临床表现和防治要点。

2．了解泌尿系结石的一般护理和体外冲击波碎石术护理要点；熟悉肾、输尿管结石的病因和发病机制；掌握肾、输尿管、膀胱结石的临床表现和防治要点；

3．了解前列腺增生的病因及发病机制；熟悉前列腺增生的防治要点；掌握前列腺增生的临床表现和护理要点。

复习内容

一、尿道损伤

（一）病因及发病机制

尿道损伤在泌尿系统损伤中最常见，多发生于男性青壮年。好发于尿道球部（多由骑跨伤所致）和膜部（多因骨盆骨折引起）。可分为开放性损伤和闭合性损伤。闭合性损伤多因钝性暴力导致，进行尿道腔内器械检查、治疗时操作不当亦可引起；开放性损伤多为锐器或火器所致。根据损伤程度分为挫伤和撕裂伤。

（二）临床表现

1．休克。

2．疼痛。

3．尿道滴血和血尿。

4．排尿困难与尿潴留。

5．局部血肿和淤斑。

6．尿外渗　前尿道损伤时尿外渗至会阴、阴囊、阴茎及前腹壁浅筋膜；后尿道损伤尿外渗至耻骨后间隙和膀胱周围。

（三）防治要点

合并休克者首先应抗休克。能自行排尿者采用多饮水、使用抗生素防治感染等措施。排尿困难者若能插入导尿管，应留置导尿管 7～14 天；若不能插入导尿管者须手术治疗。手术方式有尿道修补术、断端吻合术、尿道会师术和耻骨上膀胱造瘘。术后常规留置导尿管，并采用止血、抗感染等措施。有尿外渗者，局部多切口引流。

后期可能形成尿道狭窄，应定期扩张尿道。

二、泌尿系统结石

泌尿系结石又称尿石症，包括肾结石、输尿管结石、膀胱结石和尿道结石，是泌尿外科的常见病。

结石由晶体和基质组成，晶体成分主要有草酸钙、磷酸钙、尿酸盐、磷酸镁铵和碳酸盐等；基质主要是氨基己糖。尿石多在肾内形成，可下降至输尿管、膀胱及尿道，但膀胱亦可形成结石。尿石主要引起尿路梗阻、感染和粘膜损伤，且互为因果。

（一）病因

目前认为泌尿系结石是多种因素综合作用的结果。尿中形成结石晶体的盐类呈超饱和状态，尿中抑制晶体聚集的物质不足和核基质等的存在，是形成结石的主要因素。这些因素与个人生活史、患有某些疾病等情况有关。①疾病史：如甲状旁腺功能亢进、痛风、泌尿系统异物、梗阻或感染等；②长期卧床；③饮食习惯：长期饮水少，喜食菠菜、番茄、芦笋等高草酸饮食，喜食动物内脏、花生、豆类等高嘌呤类饮食，儿童食物中长期低蛋白、低磷酸盐等；④环境因素；⑤用药史：如大量使用维生素 C、维生素 D、糖皮质激素及磺胺类药物等；⑥年龄和性别因素。

（二）身体状况

1．肾、输尿管结石

（1）疼痛。

（2）血尿：多为镜下全血尿。疼痛后伴发血尿是肾、输尿管结石的特征性表现。

（3）其他表现：合并感染时腰痛加重，并出现寒颤、高热和膀胱刺激症状等表现；伴严重肾积水时，可触及腹部肿块。

2．膀胱结石　典型症状为排尿突然中断，并出现放射至阴部的剧烈疼痛。合并感染则出现脓尿，膀胱刺激症状加重；结石嵌顿于膀胱颈部，可发生急性尿潴留。

（三）实验室及其他检查

1．实验室检查　尿液检查常见红细胞，若运动后尿中红细胞增多，有重要意义；伴感染时有脓细胞。结石成分测定。血和尿的钙、磷、尿酸、肌酐水平测定。

2．影像学检查　X 线检查（包括平片、排泄性尿路造影、逆行尿路造影）、CT、B 超。

3．膀胱镜检查　是判断有无膀胱结石最可靠的方法（不作为常规使用）。

（四）防治要点

1．肾、输尿管结石

（1）保守疗法：结石小于 0.6cm，光滑，无尿路梗阻、无感染、纯尿酸或胱氨酸结石。方法有大量饮水、调节饮食、控制感染、解痉止痛、调节尿 pH、药物治疗等。

（2）体外冲击波碎石术（ESWL）：是目前治疗肾、输尿管结石的首选方法。最适宜于直径<2.5cm 的结石。

（3）手术治疗

1）非开放性手术：①经皮肾镜取石或碎石术（PCNL）：主要适用于直径<2. 5cm 的肾盂结石及下肾盏结石；②经尿道膀胱（输尿管）碎石术。

2）开放性手术：方式有肾盂切开取石术、肾盏切开取石术、肾实质切开取石术、肾部分切除术、肾切除术、输尿管切开取石术。

2. 膀胱结石　治疗原则是手术治疗的同时去除病因。方法常用：小结石采用经膀胱镜机械、激光、超声、液电波碎石；结石过大、过硬或有膀胱憩室者，经耻骨上膀胱切开取石。

（四）护理措施

1．非手术疗法的护理

（1）促进排石：鼓励病人多饮水，每日饮水量应在 3000mL 以上；指导病人适当运动；指导病人每次排尿时收集尿液并过滤，保留结石以分析成分；遵医嘱使用抗生素防治感染。

（2）解痉止痛。

（3）根据结石成分、生活习惯和条件适当调整饮食。

（4）调节尿 pH。

（5）药物治疗：临床常用枸橼酸钾治疗含钙结石；用别嘌呤醇治疗尿酸盐结石；用乙酰异羟肟酸防止磷酸镁铵晶体的形成；用巯 α-丙酰甘氨酸治疗胱氨酸结石。向病人介绍用药的注意事项，密切观察药物的不良反应。

2．体外冲击波碎石术的护理

（1）碎石术前护理：术前检查心、肝、肾等重要脏器功能及凝血功能；术前 3 日内禁食肉、蛋及糖类等易产气的食物，术前晚服用缓泻剂或灌肠；术日晨应禁食、禁水。嘱病人在治疗过程中要配合定位措施；告知病人在碎石过程中碎石机的响声较大，不必紧张。

（2）碎石术中护理：①镇静止痛；②按要求调整好病人体位并固定；③保护邻近器官。

（3）碎石术后护理：①鼓历励病人多喝水；②若出现肾绞痛遵医瞩用解痉止痛药物；③每次排尿均须过滤，以便观察碎石排出情况；④大于 2cm 的结石或感染性结石须常规应用广谱抗生素 3～5 天；⑤观察有无 ESWL 后并发症；⑥嘱病人遵医嘱定期摄泌尿系平片，以了解结石排出情况；⑦两次 ESWL 治疗的间隔期不得少于 1 周。

（五）健康教育

1．鼓励病人多饮水，保证每日尿量不少于 2000mL；同时增加适当运动，以预防尿石形成和促进尿石排出。

2．指导病人根据尿石成分合理安排饮食，以减少结石的产生和复发。

3．告知病人养成良好的排便习惯，做到不憋尿，避免膀胱过度充盈。

三、良性前列腺增生

（一）病因及发病机制

良性前列腺增生多发生于 50 岁以上的老年男性。一般认为，性激素的分泌紊乱是前列腺增生的重要原因。受凉、劳累、情绪改变、进食辛辣食物及酗酒等因素，常可使原有病情加重。

（二）临床表现

前列腺增生的病程一般分为刺激期、代偿期和失代偿期三个阶段。

1．刺激期　主要症状是尿频，尤以夜间为甚，也是前列腺增生最早出现的症状。

2．代偿期　症状是进行性排尿困难，是前列腺增生最重要的症状。由轻至重，发展缓慢，严重时尿呈滴沥状。

3．失代偿期　以慢性尿潴留为特征。可发生充盈性尿失禁，亦可出现急性尿潴留。

4．其他　合并膀胱炎时可有膀胱刺激征，并可并发血尿；长期排尿困难可引起腹外疝、内痔及脱肛；晚期可出现肾积水和肾功能不全。

5．直肠指检　排尿后可于直肠前壁触及前列腺增大，表面光滑，质韧有弹性，中央沟变浅、消失或隆起。

（三）实验室及其他检查

1. 血、尿常规及肾功能检查。

2. B 超检查。

3. 尿流动力学检查。

（四）防治要点

刺激期和代偿早期前列腺增生常用 5α-还原酶抑制剂和 α-受体阻滞剂治疗；对合并心、脑、肺等重要器官疾病而不能耐受手术者，可采用微波、射频、激光、前列腺支架、气囊扩张、高能聚焦超声等方法治疗，大部分病人的症状可获减轻。对梗阻严重，反复感染，或有肾功能不全，残余尿量超过 60mL 者，应手术治疗。

目前最常用的是经尿道前列腺电切术（TURP），手术创伤小，效果较好，尤其适用于高龄体弱者。对发生急性尿潴留者，应导尿并留置导尿管；若导尿管不能插人，则行耻骨上膀胱穿刺或造瘘引流尿液。

第十三章　骨与关节疾病

复习要求

1．了解骨折的病因与分类；熟悉骨折的并发症，一般护理措施，小夹板固定、石膏绷带固定和牵引病人的护理要点；掌握骨折的临床表现、急救处理和防治要点。

2．熟悉关节脱位的病因及分类，肩关节脱位的临床表现；掌握关节脱位的临床表现和防治要点。

3．了解急性血源性骨髓炎病因；熟悉急性血源性骨髓炎的临床表现和防治要点。

复习内容

一、骨折

骨的完整性和连续性中断，即为骨折。

（一）病因及分类

1．病因　①直接暴力；②间接暴力；③积累劳损：长期、反复地慢性压力集中作用于骨骼所发生的骨折，也称疲劳性骨折；④骨骼病变：由骨髓炎、骨肿瘤等病变所致骨质破坏，使骨在受到轻微外力甚至正常活动时即可发生骨折，称为病理性骨折。

2．分类

（1）根据骨折处皮肤黏膜的完整性分类：①闭合性骨折：骨折处皮肤或黏膜完整，骨折断端不与外界相通；②开放性骨折：骨折处皮肤或黏膜破损，骨折断端与外界相通，常伴有不同程度的污染，易继发感染。

（2）根据骨折程度和形态分类：①不完全性骨折：骨的完整性和连续性部分中断，如裂缝骨折、青枝骨折等；②完全性骨折：骨的完整性和连续性全部中断，如横形骨折、斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折、嵌插骨折、压缩性骨折等。

（3）根据骨折端稳定程度分类：①稳定性骨折：骨折端不易移位或复位固定后不易再发生移位的骨折，如裂缝骨折、横形骨折、嵌插骨折等；②不稳定性骨折：复位固定后易于发生再移位的骨折，如斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折等。

（二）临床表现

1．全身表现　见于严重骨折和多发性骨折，①休克；②发热：一般不超过 38℃，开放性骨折出现高热时应考虑感染的可能。

2．局部表现　可出现骨折处疼痛、肿胀、淤斑和伤肢的功能障碍等一般表现。骨折特有体征包括：①畸形：主要为患肢缩短、成角、旋转畸形；②异常活动；③骨擦音或骨擦感。

以上特有体征中有一项出现，即可确诊为骨折。无特有体征时应常规进行 X 线检查，以

便确诊。

（三）骨折并发症

1．早期并发症　①休克；②血管、神经损伤；③脏器损伤；④脂肪栓塞综合征：成人骨折断端髓腔内血肿压力过大，髓腔破坏后脂肪滴进入破裂的静脉窦内，可引起肺、脑脂肪栓塞；⑤骨筋膜室综合征：多见于前臂和小腿，是由于骨筋膜室内压力增高，局部肌肉和神经急性缺血，肢体出现剧痛、肿胀、皮肤苍白或发绀、功能障碍等一系列综合征；⑥感染。

2．晚期并发症　①关节僵硬（最常见）；②愈合障碍；③损伤性骨化（骨化性肌炎）；④缺血性肌挛缩（骨折最严重的并发症之一，及时发现并正确骨筋膜室综合征是预防的关键）；⑤创伤性关节炎；⑥缺血性骨坏死；⑦其他：长期卧床易引起皮肤压疮、坠积性肺炎、下肢深静脉血栓、泌尿系感染和结石等。

（四）急救处理

原则是用简便而有效的方法抢救生命，正确处理伤口，妥善固定骨折处，防止继续损伤和污染，迅速转运至医院，进行及时正确的治疗。

疑脊柱骨折，应用平托法或滚动式搬运法将病人移至硬板担架上，仰卧，避免躯干屈曲或扭转；颈椎骨折应有专人固定病人头部并使下颌处于过伸位并给予牵引，与全身同步移至硬板担架后仰卧，肩两侧垫软枕，使颈部呈略过伸位，颈两侧用沙袋固定。

（五）防治要点

骨折的治疗原则是复位、固定和康复治疗。

1．复位　是将移位的骨折端恢复正常或接近正常的解剖位置，重建骨的支架作用。常用方法有手法复位、持续牵引复位（包括皮牵引、骨牵引）和手术复位。

2．固定　有外固定和内固定。外固定包括使用小夹板、石膏绷带、持续牵引固定、外展架、外固定器等，用于肢体外部固定；内固定是通过手术将固定物置于肢体内部的固定。

3．康复治疗　通常在骨折固定后即可开始康复治疗。早期以运动疗法和物理因子疗法为主，晚期可采用物理治疗、作业治疗、中国传统康复治疗及康复工程的应用等。

（六）骨折的一般护理

1．病情观察　急危重病人应严密观察生命体征及病情变化并做好记录。

2．饮食护理　鼓励病人进食清淡、高蛋白、高热量、高维生素、含粗纤维多的饮食，多饮水，避免进食牛奶、糖等易产气食物。注意多饮水，防治便秘。

3．卧床护理　卧床期间做好生活护理，鼓励、促使病人主动功能锻炼。做好大小便护理、皮肤护理，防止发生压疮和呼吸系统、泌尿系统感染。

4．疼痛的观察和护理　①观察全身和局部的情况：有无发热、水肿、局部温度升高、出血、感觉异常、放射痛、意识障碍等。②根据引起疼痛的不同原因对症处理；③护理操作时动作要轻柔、准确；④移动病人时对损伤部位要重点扶托保护，一次性缓慢移至舒适体位。

（七）骨折外固定的护理

1．小夹板固定的护理　①协助医生选择适当规格的夹板，准备软质固定衬垫；②夹板外绑扎的布带，松紧度一般应使捆扎带的带结能向远近两侧较容易地各移动 1cm 或容成人一横

指；③固定后抬高患肢，观察患肢远端有无感觉障碍及血液循环障碍；应告知门诊病人，若出现异常应随时返回医院复诊；④固定 2 周后，应根据病情及时行 X 线检查；⑤指导病人做好患肢功能锻炼。

2．石膏绷带固定的护理

（1）协助医生行石膏绷带包扎：①清洗患肢皮肤，如有伤口提前更换敷料；②用衬垫包裹患肢将要固定的区域，在骨隆突处适当加厚衬垫；③帮助病人维持肢体功能位或固定所需体位；④将所需宽度合适的石膏卷或折叠的石膏绷带置于 35～40℃温水中浸泡，待气泡排尽后，用双手握住石膏卷两端取出，从两边向中间挤出水分；⑤协助包扎时注意：自肢体近端向远端包扎，每圈压住前一圈的 1/3，松紧均匀，按抚妥帖；用手掌（不用手指）扶托石膏型；包扎时暴露远端指（趾）；修齐石膏边缘，注明骨折情况和包扎日期。

（2）石膏绷带固定后护理：①石膏干涸前禁止搬动和压迫；②抬高患肢；③注意观察肢体远端感觉、运动和血液循环情况，了解有无石膏型局部压迫现象；④保持石膏型清洁，避免受潮、松脱或断裂；⑤拆除石膏后，用温水清洗皮肤并涂搽皮肤保护剂；⑥指导病人功能锻炼。

3．持续牵引的护理

（1）做好牵引术配合工作：①用物准备；②病人准备：向病人及家属介绍牵引的重要性、目的、注意事项；清洗牵引肢体局部皮肤，必要时剃毛并消毒皮肤；③摆好病人体位，协助医生时行牵引术。

（2）牵引术后护理　①设置对抗牵引；②保持有效牵引；③观察患肢远端感觉、运动或血液循环情况，定时测量记录患肢长度的变化；④骨牵引针孔处预防感染的护理：两端套上软木塞，预防感染，避免牵引针左右移动，保护针孔处血痂；⑤皮牵引的皮肤护理；⑥指导病人功能锻炼。

二、关节脱位

构成关节的关节面对合关系失常，称为关节脱位（脱臼）。

（一）病因及分类

1．病因　①创伤性脱位；②先天性脱位；③病理性脱位；④习惯性脱位：创伤性脱位使关节囊或关节周围韧带撕裂或撕脱，如处理不当易形成关节周围软组织松驰或薄弱，遇较轻外力作用可反复发生脱位。

2．分类

（1）按脱位时间分：新鲜脱位（时间≤3 周）、陈旧性脱位（时间＞3 周）。

（2）按有无伤口通入关节内分：闭合性脱位、开放性脱位。

（3）按脱位程度分：全脱位（关节面对合关系完全失常）、半脱位（关节面对合关系部分失常）。

（二）临床表现

1．一般表现　关节疼痛、肿胀、活动功能丧失。

2．特征表现　畸形；弹性固定；关节部位空虚。

3．并发症　可合并关节内、外骨折；可引起关节附近重要血管损伤；牵拉或压迫作用可致附近神经麻痹；晚期可发生骨化性肌炎或创伤性关节炎。

（三）治疗要点

治疗的原则是复位、固定、功能锻炼。

1．复位　主要采取手法复位。对合并关节内骨折、软组织嵌入、陈旧性脱位、手法复位失败者可行手术复位。

2．固定　复位后适当外固定使关节处于稳定位置约 2～3 周。

3．功能锻炼　固定期间要进行关节周围肌肉的舒缩活动和患肢其他关节的主动活动。解除固定后逐渐进行以病变关节为重点的主动功能锻炼。

（四）肩关节脱位

1．临床表现　局部疼痛、不能活动、方肩畸形、原关节盂处空虚。杜加试验（Dugas 征）阳性。

2．治疗　常采用足蹬复位法；复位后伤肢贴胸壁，屈肘 90 ° 悬托固定于胸前约 3 周。

三、急性血源性骨髓炎

急性血源性骨髓炎是指在外伤或疾病使局部抵抗力降低时，身体其他部位感染病灶内的细菌经血液循环至长骨干骺端引起骨膜、骨质、骨髓的急性化脓性感染。多见于 12 岁以下的儿童，好发于胫骨、股骨及肱骨等长骨的干骺端。

（一）病因病理

最常见的致病菌为金黄色葡萄球菌。病理变化特点为骨质破坏与骨质增生同时存在，早期骨质破坏、坏死和死骨形成为主，后期为骨质增生为主，有新生骨形成，成为骨性包壳。

（二）临床表现

1．全身表现　发病急骤，早期就出现高热（体温常在 39℃以上）、寒战、脉快、头痛、食欲减退等全身感染中毒症状，严重时可出现感染性休克。

2．局部表现　早期患处（长骨干骺端）持续性剧痛及深压痛，患肢活动受限。骨膜下脓肿形成或已破入软组织时可出现明显的局部红、肿或有波动感。脓液穿破皮肤可形成窦道。合并化脓性关节炎时可出现关节积液和关节红肿等。发病 1～2 周后可发生病理性骨折。

（三）辅助检查

1．实验室检查　早期即出现血白细胞计数升高，中性粒细胞占 85%以上，核左移，血沉加快，血细菌培养可阳性。

2．X 线摄片在早期（2 周内）无异常，2～3 周后见骨质破坏征象及骨膜反应。

3．CT 检查早期可发现骨膜下脓肿

4．局部分层穿刺抽得脓液有助明确诊断。

（四）防治要点

1．全身疗法　加强支持疗法，提高机体抵抗力；早期联合应用大剂量有效抗生素，体温下降后再连续应用至少 3 周。

2．局部疗法　患肢制动；尽早开窗引流，即在病灶处钻孔开窗减压，于窗洞内放置两根导管做持续冲洗及引流，近端导管（细）滴入抗生素冲洗液，远端导管（粗）用于负压吸引引流。

第十四章　肿　　瘤

复习要求

1．了解肿瘤的病因、分类及病理、恶性肿瘤病情分期；熟悉肿瘤的临床表现和防治要点；掌握良性与恶性肿瘤的特点、化疗与放疗的护理要点。

2．了解食管癌的病因及发病机制、防治要点；熟悉食管癌的临床表现及术后饮食护理要点。

3．了解乳癌的转移途径；熟悉乳癌的临床分期、防治要点，及术后伤口护理要点与功能锻炼指导；掌握乳癌的临床表现、辅助检查。

4．了解原发性肝癌的病因、病理分类与转移、熟悉原发性肝癌的临床表现、防治要点与术后并发症的护理。

5．了解胃癌的病因、临床表现和防治要点；熟悉胃癌的病理、转移及辅助检查；

6．了解结直肠癌的病因及分类、防治要点；熟悉结直肠癌的临床表现、辅助检查、手术前肠道准备与结肠造口的护理要点、直肠癌常用手术方式。

复习内容

一、概述

肿瘤是机体正常细胞在内、外各种有害因素的长期作用下，发生过度增生和异常分化所形成的新生物。

（一）病因

一般认为肿瘤是外源性致癌因素和内源性促癌因素长期共同作用的结果。外源性因素包括化学、物理和生物因素，内源性因素包括遗传、内分泌、免疫因素及不良饮食习惯、烟酒等嗜好、慢性刺激和炎症、精神因素等。

（二）分类

根据肿瘤的生长特性及肿瘤对人体的危害程度，分为良性肿瘤、恶性肿瘤和临界性肿瘤三类。良性肿瘤一般称为“瘤”。恶性肿瘤来源于上皮组织者称为“癌”，来源于间叶组织者称为“肉瘤”，胚胎性肿瘤常称母细胞瘤。少数肿瘤组织形态上属良性，但常呈浸润性生长，切除后易复发甚至转移，其生物学行为介于良性与恶性之间，故称为交界性或临界性肿瘤。

（三）病理

1．良性肿瘤　生长缓慢，多有完整包膜，呈膨胀性生长，病程长，对机体影响小。

2．恶性肿瘤　其发生发展可分为癌前期、原位癌、浸润癌三个阶段。生长较快，具有无限制增殖特点，病程短，呈浸润性、破坏性生长，并可向远处其他器官转移，常危及生命。其转移方式有直接浸润、淋巴转移、血行转移和种植转移 4 种。癌主要通过淋巴转移，肉瘤主要通过血行转移。

（四）临床表现

1．局部表现　①肿块（最常见）；②疼痛；③溃疡；④出血；⑤梗阻；⑥转移症状。

2．全身表现　早期无，恶性肿瘤中、晚期可出现发热、乏力、消瘦、体重减轻、贫血、水肿，甚至出现恶病质等表现。

（五）恶性肿瘤分期

国际抗癌联盟提出了 TNM 分期法。T（tumor）是指原发肿瘤；N（node）代表区域淋巴结；M（metastasis）代表远处转移。

（六）防治要点

对肿瘤的治疗关键在于“ 三早 ”：早期发现、早期诊断、早期治疗。良性肿瘤以手术将肿块连同包膜完整切除；临界性肿瘤以手术彻底切除，切除后常规送病理检查。恶性肿瘤大多首选手术治疗，辅以放射治疗、化学药物治疗、生物治疗、中医药治疗及免疫治疗等。对肿瘤治疗效果的评价，通常用 3 年、5 年、10 年生存率来表示。

1．手术治疗　手术切除对实体肿瘤是最有效的治疗方法。有根治性手术、姑息性手术、激光手术、冷冻手术等。

2．放射治疗　利用放射线以破坏或抑制肿瘤细胞而达到治疗的目的。

3．化学药物治疗。

4．中医中药治疗。

（七）放疗的护理

1．放疗前准备　①术后伤口完全愈合、全身状况良好可开始放疗；②放疗前向病人说明保护照射区皮肤的重要性；③照射时先配合医生做好定位标志，保持照射区皮肤清洁干燥；④放疗前后半小时不宜进食；⑤放疗病人进入放射治疗室不能带金属物品。

2．放疗反应的观察和护理

（1）局部反应：①皮肤反应：一般分为三度。一度为皮肤出现红斑、有烧灼感和刺痒，如继续照射，则由鲜红渐变为暗红，以后有脱屑，称干反应；二度为皮肤高度充血、水肿，出现水疱，有渗出、糜烂，称湿反应；三度为皮肤出现溃疡或坏死，深达真皮层，难以愈合。护理时应做好照射区皮肤的保护，选择全棉柔软内衣；保持皮肤清洁干燥，照射部位用温水和软毛巾轻轻蘸洗，禁用肥皂擦洗或热水浸浴，禁用碘酒、乙醇等刺激性消毒剂，避免冷热刺激及使用粘贴胶布；照射区皮肤禁做注射；外出时防止日光照射。发生干反应时，可外涂 0.2%薄荷淀粉或羊毛脂；湿反应者外用 2%甲紫或氢化可的松软膏；有水泡者外涂硼酸软膏包扎 1～2 天，渗液吸收后，再行暴露疗法。②黏膜反应：表现为黏膜充血、水肿、出血点、白点或白斑等。治疗期间应加强局部清洁，如口腔含漱、阴道冲洗、抗

生素及润滑剂滴鼻等。③放射性器官炎症：照射区器官黏膜可有充血、水肿甚至出血，可出现呕血、便血、血尿等。应观察反应程度，及时给予相应护理，严重者暂停放疗。

（2）全身反应：可有头晕、头痛、虚弱、乏力、厌食、恶心、呕吐等症状。每次照射后应嘱病人静卧 30 分钟，鼓励多饮水，大量补充 B 族维生素和维生素 C。放疗前后应每周检查血常规 1～2 次。若白细胞和血小板降低应采取保护性隔离并遵医嘱给予升白细胞和血小板的药物；若白细胞≤3×10^9/L，血小板≤80×10^9/L 时，应暂停放疗。

（八）化疗的护理

1．给药方式　抗肿瘤药物最常用的给药途径是静脉给药，有静脉推注、静脉冲入、静脉点滴三种。有些药物可用肿瘤内注射、腔内注射、局部涂抹、动脉内注入或局部灌注等。

2．给药方法　①大剂量冲击治疗：量大，间隔时间长，毒性较著；②中剂量间断治疗：为目前较常用；③小剂量维持治疗。

3．化疗的护理

（1）保证疗效：药物现配现用。联合使用多种药物时，每种药物之间应用等渗溶液间隔。

（2）保护静脉：①静脉给药时应稀释至要求的浓度并在规定时间内滴完；②制定静脉使用计划，一般两臂交替、由远及近，避免反复穿刺同一部位，可采用深静脉置管（PICC）；③静脉穿刺时先用生理盐水，确认针头刺入血管后注药，注药后再用生理盐水冲管；④拔针后抬高患肢；⑤若出现血栓性静脉炎，即应停止使用相关静脉，给予热敷、硫酸镁热敷或理疗，但不可挤压或按摩。

（3）预防组织坏死：①静脉用药时要妥善固定针头，以防滑脱和药液外渗导致组织坏死；②用药过程中若观察到穿刺部位肿胀、刺痛和烧灼，则提示药液外漏；③一旦发生药物外溢，应立即停止注药，保留针头，接上一次性注射器回抽溢出的药液，再局部注射 10%硫代硫酸钠或 1.5%碳酸氢钠等解毒剂，局部外涂氢化可的松软膏并冷敷 24h。

（4）不良反应的观察与护理：①骨髓抑制：是最严重的毒性反应，一般用药后 7～10 天，即可有白细胞和血小板的下降。应每周检查血常规 1～2 次，如白细胞≤3×10^9/L，血小板≤80×10^9/L 时，应报告医生并暂停化疗。对病人进行保护性隔离，预防交叉感染，必要时遵医嘱给予药物治疗或成分输血。②消化道反应：最常见，如恶心、呕吐、腹泻、口腔溃疡等。应注意口腔清洁，大量饮水，饮食应清淡宜消化，避免过冷、过热、过硬或刺激性饮食。可在化疗前半小时给予止吐药物。严重呕吐、腹泻者，应补充水和电解质。③皮肤反应：可出现皮肤干燥、色素沉着、全身瘙痒等皮肤反应。应注意保护皮肤，防止破损，涂擦炉甘石洗剂止痒。④脱发：用药后 2 个月内可发生可逆性脱发，应告诉病人化疗停止后 3～6 个月头发可再生。化疗时头部可以用冰帽降温，化疗后 10 分钟内去除，可减轻脱发的发生。⑤肝肾毒性反应：肝损害表现为黄疸、肝大、转氨酶增高；肾损害表现为血清肌酐升高或蛋白尿，甚至急性肾衰竭。一旦出现肝肾功能损害即应暂停化疗并给予相应处理。鼓励病人多饮水，尿量保持在 3000ml/d 以上。

二、食管癌

食管癌是消化道常见肿瘤，临床上以进行性吞咽困难为主要特征。

（一）病因及发病机制

1．病因　长期进食过快，喜食过热、过硬、腌制食物等不良饮食习惯，摄入霉变食物，吸烟，饮酒及食管慢性疾病等因素与食管癌的发生有关。

2．病理　食管癌以食管胸部中段多见，多为鳞癌，按病理形态分为髓质型（最常见）、蕈伞型、溃疡型、缩窄型。主要经淋巴转移，晚期可血行转移至肝、肺、骨骼等。

（二）临床表现

1．早期　症状不明显，或偶有异常感觉，如吞咽食物哽噎感、停滞感或异物感，胸骨后针刺样、烧灼样疼痛等。

2．中晚期　典型症状为进行性吞咽困难。病人逐渐出现消瘦、无力、营养不良甚至恶病质。

3．侵犯及转移症状　晚期食管癌若侵犯喉返神经可引起声音嘶哑；侵犯颈交感神经节可产生霍纳综合征；累及气管形成食管-气管瘘，进食时出现剧烈呛咳和肺部感染；侵犯主动脉可引起大量呕血。晚期转移可触及锁骨上淋巴结肿大，甚至远处转移引起肝肿大及胸腹水等。

（三）防治要点

手术疗法是治疗食管癌的首选方法，同时配合放疗和化疗等综合治疗。早期首选根治性切除术，晚期肿瘤不能切除者可行姑息性切除术。

（四）术后饮食护理

1．术后严格禁食、禁水 3～4 天，禁食禁水期间行持续胃肠减压，静脉输液并避免咽下唾液。

2．术后 3～4 天肛门排气后可拔除胃管。拔管 24 小时后可先试饮少量温水，若无异常，术后 5～6 天可给全清流质饮食，术后 10 天可进半流质饮食。术后 3 周可进普通饮食。注意少量多餐，速度不宜过快，避免进食生、冷、硬、烫食物。

3．安放十二指肠滴液管者，可于肠蠕动恢复后由滴管滴入 40°C左右营养液，减少输液量。一般于术后 10 天经口摄入流质或半流质饮食，无异常后即拔除十二指肠营养管。

三、乳腺癌

乳腺癌多发生于 40～60 岁绝经期前后的妇女，近年来成为威胁女性生命的首位恶性肿瘤。

（一）转移途径

1．直接浸润　癌细胞可直接浸润至皮肤、胸肌、胸筋膜等周围组织。

2．淋巴转移　是最主要的转移途径，最初多见于同侧腋窝淋巴结，继而达锁骨下、锁骨上淋巴结，内侧的癌灶则向胸骨旁淋巴结转移。

3．血行转移　癌细胞可经淋巴途径进入静脉，也可直接侵入血循环随血流向远处转移。最常见的远处转移部位依次为肺、骨、肝。

（二）临床表现

1．乳房肿块　是乳腺癌最重要的早期表现，常好发于乳房外上象限，其次在乳晕区和内上象限，为无痛、单发小肿块，质硬、表面不光滑、与周围组织分界不清、多不易推动。病人常无自觉症状。

2．乳房外形变化　随肿块增大，侵及周围组织可引起乳房外形改变。

（1）酒窝征：癌肿侵犯连接皮肤与腺体的库柏（Cooper）韧带，使之缩短，可使癌肿表面皮肤凹陷，状似酒窝样，称为“酒窝征”，是乳腺癌的早期表现。

（2）乳头的改变：临近乳头或乳晕的癌肿侵犯乳管可使乳头内陷、抬高或偏斜。少数可有乳头血性溢液。

（3）橘皮样改变：癌肿继续增大与皮肤广泛粘连，造成皮内或皮下淋巴管被癌细胞堵塞时，可出现皮肤淋巴水肿，在毛囊处形成许多点状凹陷，使皮肤形成橘皮样改变。

（4）乳房局限性隆起：若乳房较小、癌块较大时，肿块会明显隆起于乳房表面。

（5）癌性溃疡和铠甲胸。

3．区域淋巴结肿大。

4．全身表现　早期一般无全身表现，发生血运转移可出现相应症状。肺转移可出现咳嗽、气急、胸痛；骨转移可出现局部疼痛；肝转移时出现肝肿大、黄疸等。最后由于长期慢性消耗出现恶病质，病人消瘦、无力、贫血、发热以至死亡。

5．临床分期

（1）一期：癌肿直径≤3cm，与皮肤无粘连，无腋窝淋巴结肿大。

（2）二期：癌肿直径≤5cm，与皮肤粘连，尚能推动，同侧腋窝有散在、活动的肿大淋巴结。

（3）三期：癌肿直径＞5cm，与皮肤或胸肌粘连，同侧腋窝淋巴结已融合成团，但尚可推动。

（4）四期：癌肿广泛扩散到皮肤或与胸肌、胸壁粘连固定，同侧腋窝淋巴结已融合固定，或锁骨上淋巴结肿大，或有远处转移。

6．特殊类型乳癌　①炎性乳腺癌；②乳头湿疹样癌。

（三）辅助检查

1．乳腺 X 线钼靶摄片　是目前早期发现乳腺癌的最有效方法，可用于乳腺癌的普查。

2．B 超检查　主要用于鉴别囊性肿块与实质性肿块。

3．病理学检查　①细胞穿刺检查；②活体组织检查：是确定肿瘤良恶性最可靠的方法。

（四）防治要点

以手术治疗为主，配合放疗、化疗、内分泌治疗等综合治疗。手术方式有乳腺癌根治术、改良根治术、扩大根治术、单纯乳房切除术、保留乳房的乳腺癌切除术。

（五）术后伤口护理

1．防止皮瓣移动　术后 3 天内患肩制动，伤口用弹性绷带加压包扎，使皮瓣紧贴胸壁。注意包扎要松紧适宜，以能容下一手指、能维持正常血运、不影响病人呼吸为宜。若绷带松

脱应重新包扎，必要时局部加用沙袋压迫。

2．保持引流通畅　皮瓣下常规放负压引流管，注意保持通畅并观察记录引流液的量、颜色和性质，注意有无活动性出血。术后 3～4 天渗出基本停止、皮瓣下无积液即可拔除引流管，更换敷料后继续加压包扎。引流过程中若发现皮瓣下积液，应报告医生及时处理，可在无菌操作下穿刺抽吸，然后加压包扎。

3．密切观察皮瓣颜色、创面愈合的情况　正常皮瓣颜色红润且与胸壁紧贴。若皮瓣颜色暗红，提示血液循环欠佳，有坏死的可能，应及时报告医生处理。若发现皮瓣边缘发黑坏死，应及时报告医生并协助将其剪除，待创面自行愈合或待肉芽生长良好后再植皮。

（六）术后功能锻炼

术后早期功能锻炼是减少瘢痕牵拉、恢复术侧上肢功能的重要环节。功能锻炼应注意需坚持不懈并循序渐进，逐渐增加活动量，避免皮瓣撕脱。

1．术后 24 小时内可做伸指、握拳、屈腕等锻炼。

2．术后 1～3 天进行肘、腕、手的锻炼。

3．术后 4～7 天病人可坐起，做肩关节小范围活动，鼓励病人用患侧手洗脸、刷牙、进食等，但注意避免上臂外展。

4．术后 1～2 周主要是肩关节功能锻炼，包括患侧手指爬墙运动、转绳运动、举杆运动、拉绳运动等，直至患侧手臂能经头顶扪及对侧耳廓。

四、原发性肝癌

原发性肝癌是指发生于肝细胞或肝内胆管上皮细胞的肿瘤，好发年龄为 40～50 岁，男多于女，占肿瘤死亡率的第 2 位。

（一）病因

原发性肝癌可能与病毒性肝炎（乙肝、丙肝和丁肝）、肝硬化、摄入含有黄曲霉毒素的霉变食物及亚硝胺类化学性致癌物质、长期酗酒、环境污染等因素有关。

（二）病理

1．分类　原发性肝癌按大体形态可分为结节型、巨块型、弥漫型 3 型，以结节型最常见，且多伴有肝硬化。按组织学类型可分为肝细胞型、胆管细胞型和混合型 3 类，我国 90%以上的原发性肝癌属于肝细胞型。

2．转移　癌栓经门静脉系统的肝内血行转移发生最早，也最常见。肝外血行转移最多见于肺，其次是骨、脑等。淋巴转移以肝门淋巴结最多见。此外，癌肿也可向邻近器官直接蔓延和向腹腔种植性转移。

（三）临床表现

1．肝区疼痛　多数肝癌病人以此为首发症状，也是最常见和最主要的症状。多为持续性钝痛、刺痛或胀痛，夜间或劳累后加重。累及膈肌时疼痛可向右肩背部放射。癌肿破裂时可致腹腔内出血，表现为突发右上腹剧痛、腹膜刺激征、出血性休克等。

2．全身和消化道症状　主要表现为乏力、进行性消瘦、食欲减退、营养不良、恶心呕吐、腹胀和发热等，晚期可有全身衰竭和恶病质。

3．肝脏肿大　为中、晚期肝癌最常见的体征。肝大呈进行性，质地坚硬，边缘不规则，表面凸凹不平，呈大小结节或巨块状，可伴压痛。

（四）防治要点

1．手术治疗　手术切除仍是治疗肝癌的最有效方法，可行肝叶切除术、半肝切除术或局部切除术。

2．化疗　原则上不做全身化疗。手术不能切除的肝癌，目前多用抗癌药物区域灌注即介入治疗，是目前非开腹手术治疗肝癌的首选方法。

（五）术后并发症的护理

1．术后腹腔内出血　是肝切除术常见的并发症之一。术后 24 小时内绝对卧床休息，避免剧烈咳嗽；密切观察生命体征和引流情况。手术当日可从腹腔引流管引流出血性液体 100～300ml，若血性液体增多，脉搏加快、血压下降，需警惕腹腔内出血，应做好再次手术止血的准备。

2．肝性脑病　密切观察病人的意识状态，注意有无嗜睡、烦燥不安等性格和行为异常等肝性脑病的前驱症状。一旦出现应立即报告并配合医生积极治疗。可给予病人吸氧，避免肝性脑病的诱因，禁用肥皂水灌肠，便秘者可口服乳果糖。

3．上消化道出血　肝癌多伴有肝硬化，手术易诱发门静脉高压而发生食管-胃底静脉破裂出血，引起上消化道大出血。应注意胃肠减压的引流情况。

4．胆瘘　观察腹部有无腹痛、腹胀、腹膜刺激征等，以了解有无胆瘘的发生。一旦出现应立即报告并配合医生积极治疗。

五、胃癌

胃癌是最常见的消化道恶性肿瘤，在我国各种恶性肿瘤中发病率居首位。高发年龄为 40～60 岁，男多于女。

（一）病因

1．病因　可能与下列因素有关：①不良饮食和生活习惯；②长期幽门螺杆菌（Hp）感染；③胃溃疡、萎缩性胃炎、胃息肉等癌前病变；④遗传因素。

（二）病理

1．好发部位　胃窦部最多见，其次为胃小弯、贲门部。

2．大体分型　①早期胃癌：指病变局限于黏膜或黏膜下层，无论病灶大小和有无淋巴结转移；②进展期胃癌：指病变深度已超过黏膜下层，为中、晚期胃癌。

3．转移　淋巴转移是胃癌主要的转移途径，还可通过直接浸润、血行转移和腹腔种植性转移等途径进行扩散转移。

（三）临床表现

1．早期胃癌　多无明显症状。有时可出现上腹部隐痛不适、反酸、食欲减退、消化不良等类似溃疡病症状。

2．进展期胃癌　随病情发展，症状加重，可出现上腹疼痛，由轻及重，缺乏规律性，解痉及抗酸治疗无效，伴乏力、贫血等。胃窦部癌可因幽门梗阻而出现恶心呕吐；贲门部癌可有进食哽噎感；癌肿侵及血管可有呕血和黑便等。

3．体征　早期胃癌无明显体征，少数病人或仅有上腹部深压痛。进展期可有消瘦、精神状态差。晚期可呈恶病质，并可扪及上腹部包块，质硬有压痛。若有肝转移时可出现肝大、腹水、锁骨上淋巴结肿大等。

（四）辅助检查

1．X 线胃钡餐检查　可发现不规则充盈缺损或腔内龛影。气钡双重造影更有助于发现早期胃癌。

2．纤维胃镜检查　可直接观察病变部位，并可做活组织检查，是诊断胃癌的最佳方法。

3．其他检查　大便潜血试验、腹部 B 超、CT 检查等均有助于胃癌的诊断。

（五）防治要点

早发现、早诊断、早治疗是提高胃癌疗效的关键。早期实行根治性手术是治疗胃癌的主要方法，可切除胃的全部或大部，大、小网膜和区域淋巴结，并重建消化道。术后辅以化疗、放疗等综合治疗。

六、结直肠癌

大肠癌好发于 40～60 岁的男性，直肠癌最多见，依次为乙状结肠、盲肠、升结肠、降结肠和横结肠。临床上以大便性质改变、少量便血、腹部肿块和肠梗阻为主要表现。

（一）病因及发病机制

1．病因　目前认为与饮食结构（摄入高动物脂肪和蛋白、少纤维素食物）、缺乏活动、遗传、癌前病变（结肠息肉、溃疡性结肠炎）等因素有关。

2．病理

（1）大体类型　肿块型（好发于右半结肠）、浸润型和溃疡型（好发于左半结肠和直肠）。

（2）组织学类型　腺癌（多见）、粘液癌、未分化癌。

（3）转移途径　直接浸润、淋巴转移（主要途径）、血行转移和种植转移。

（4）Dukes 改良分期　A 期为癌肿局限在肠壁内；B 期为癌肿已穿透肠壁，但无淋巴结转移；C 期为癌肿已穿透肠壁，且有淋巴结转移；D 期为癌肿已发生远处转移。

（二）临床表现

排便习惯和粪便性状的改变为结肠直肠癌最早出现的症状。

1．右半结肠癌　多为肿块型，主要表现为腹部隐痛不适、大便改变、腹部肿块与营养不良（癌性中毒、贫血）。

2．左半结肠癌　浸润型多见，主要为急、慢性肠梗阻症状。

3. 直肠癌　以大便性质和排便习惯改变为主，有不完全性肠梗阻症状。晚期可出现肝大、黄疸、腹水、消瘦、贫血及恶病质。

（三）辅助检查

1．直肠指诊　为直肠癌最简单而有效的方法，可发现 80%的直肠癌病人，对疑有直肠癌者首选。

2．大便隐血试验　持续阳性者是早期诊断的重要线索。

3．内镜检查　包括直肠镜、乙状结肠镜、纤维结肠镜检查，可直接观察病变并进行活组织检查（可确诊）。

4．影像学检查　包括 X 线钡剂灌肠、CT、MRI、B 超检查等。

（四）防治要点

以手术治疗为主，辅以化疗、放疗。根据结肠癌发生部位可行右半结肠切除术、左半结肠切除术和横结肠切除术；低位直肠癌行经腹会阴联合根治术（Miles 手术，用于距肛缘 7cm 以内的直肠癌，需做永久性人工肛门）、高位直肠癌行经腹直肠癌切除术（Dixon 手术，用于距齿状线 5cm 以上的直肠癌）。晚期无法根治的大肠癌可行姑息性手术。

（五）术前肠道准备

1．术前 3 天口服新霉素 1g 或链霉素 0.5g，每日 4 次，口服甲硝唑 0.4g，每日 3 次，抑制肠道细菌，以防术后感染。

2．术前 3 天控制饮食，给予流质饮食，以减少粪便和保证肠道的清洁。

3．术前 1～2 天口服液体石蜡 30ml 或 50%硫酸镁 30ml，每日 3 次。

4．术前晚及术日晨清洁灌肠。

（六）结肠造口（人工肛门）护理

1．结肠造口一般术后 2～3 天开放，开放时取左侧卧位，并预先用塑料薄膜将造瘘口与腹部切口隔开。

2．每次排便后用温水洗净并揩干，用氧化锌软膏涂抹瘘口周围皮肤。

3．肛袋要及时清洗并更换，用多支肛袋交替使用。

4．手术 1～2 周后定时经造瘘口肛管注入生理盐水 500mL，逐渐建立定时排便习惯，粪便已成形后不用肛袋，仅在腹部造口处覆盖敷料，用腹带固定。

5．定期扩张造瘘口，并注意观察并发症的发生。

外科护理学题型示例

一、名词解释

低钾血症　高钾血症　代谢性酸中毒　休克
有效循环血量　中心静脉压　急性肾衰竭　少尿
无尿　氮质血症　心脏骤停　复苏
心肺复苏　生存链　外科感染　急性感染
特异性感染　非特异性感染　条件性感染　疖
痈　急性蜂窝织炎　丹毒　脓性指头炎
破伤风　损伤　创伤　烧伤
颅内压　颅内压增高　颅高压“三主征”　库欣反应
脑疝　原发性脑损伤　脑震荡　逆行性健忘
脑挫裂伤　中间清醒期　甲亢　急性乳房炎
反常呼吸运动　损伤性气胸　闭合性气胸　开放性气胸
张力性气胸　血胸　急性化脓性腹膜炎　原发性腹膜炎
继发性腹膜炎　腹膜刺激征　腹外疝　滑动性疝
嵌顿性疝　肠梗阻　机械性肠梗阻　动力性肠梗阻
血运性肠梗阻　黏连性肠梗阻　痔　内痔
外痔　混合痔　血栓性外痔　Charcot 三联征
Reynolds 五联征　下肢静脉曲张　间歇性跛行　肾绞痛
骨折　病理性骨折　开放性骨折　稳定性骨折
脂肪栓塞综合征　骨筋膜室综合征　缺血性肌挛缩　复位
关节脱位　习惯性脱位　病理性脱位　新鲜脱位
半脱位　弹性固定　杜加（Dugas）试验　急性血源性骨髓炎
肿瘤　交界性肿瘤　根治性手术　姑息性手术
酒窝征　橘皮样改变　早期胃癌　Miles 手术
Dixon 手术

二、单项选择题

1．禁食的情况下人体最易缺乏的电解质是（　　）。
A．钾　B．钠　C．钙　D．镁

2．细胞外液中主要的阳离子为（　　）。
A．Na^+　B．K^+　C．Mg^{2+}　D．Ca^{2+}

3．正常成年人每日内生水量为（　　）。
A．300mL　B．400mL　C．650mL　D．850mL

4．外科临床上最常见的缺水类型为（　　）。

A．原发性缺水　　B．高渗性缺水

C．低渗性缺水　　D．等渗性缺水

5．高渗性缺水时体内变化为（　　）。

A．细胞内、外液均轻度减少

B．细胞内液显著减少，细胞外液稍减少

C．细胞内、外液均显著减少

D．细胞外液显著减少，细胞内液稍减少

6．低渗性缺水的特点正确的是（　　）。

A．失钠的比例小于失水　　B．尿密度低、口不渴

C．血清钠低于 145mmol/L　　D．极少发生循环血量不足

7．严重高渗性缺水病人补充液体时应首选（　　）。

A．生理盐水　　B．平衡盐溶液

C．5%葡萄糖溶液　　D．5%碳酸氢钠溶液

8．高渗性缺水的早期表现是（　　）。

A．高热　　B．狂躁　　C．口渴　　D．血压下降

9．下列哪项是高渗性缺水的特点（　　）。

A．失水多于失钠　　B．失钠多于失水

C．水潴留　　D．血浆渗透压下降

10．中度低渗性缺水患者血清钠的浓度正确的是（　　）mmol/L。

A．＞135　　B．130~135　　C．120~130　　D．＜120

11．在输液时发现患者呼吸急促、咳嗽、咳出大量血性泡沫痰，应立即（　　）。

A．吸痰　　B．加快输液

C．应用抗过敏药物　　D．停止输液

12．正常成年人每天需要钾盐的量为（　　）g。

A．1~2　　B．2~3　　C．3~4　　D．4~5

13．低钾血症的临床表现不包括（　　）。

A．腹胀　　B．表情淡漠、乏力

C．腱反射亢进　　D．反常酸性尿

14．以下情况可以引起高钾血症的是（　　）。

A．严重呕吐　　B．大量注射葡萄糖

C．挤压综合征　　D．碱中毒

15．某车祸患者因大量失血，急诊入院后输入 3000mL 久置库存血，患者诉乏力、手足麻木、心率 50 次/min，血压 90/60mmHg，血清钾 5.9mmol/L。患者可能出现的情况是（　　）。

A．失血性休克　　B．低钾血症

C．高钾血症　　D．等渗性缺水

16．男性，体重 60kg，气管切开已经 4 天，禁食，体温 39℃。当日的补液量约为（　　）。

A．2000～2500mL　　B．3500～4000mL

C．5000～5500mL　　D．6500～7000mL

17．代谢性酸中毒最典型的临床表现是（　　）。

A．血压下降　　B．呼吸深快

C．呼吸浅慢　　D．尿量减少

18．幽门梗阻可能导致的体液平衡失调类型是（　　）。

A．高钾高氯性碱中毒　　B．低钾低氯性碱中毒

C．高钾低氯性酸中毒　　D．低钾高氯性酸中毒

19．男性，35 岁。因呕吐、腹泻 2 天入院，体查：神情淡漠、皮肤弹性减退、眼球凹陷、血压偏低、尿量减少、尿密度低。此情况应考虑为（　　）。

A．高渗性缺水　　B．低渗性缺水

C．等渗性缺水　　D．低钾血症

20．患儿，9 个月，呕吐、腹泻 3 天，尿量略少，皮肤弹性稍差，口唇微干，眼窝轻度凹陷，血清钠浓度为 140mmol/L。其缺水的程度为（　　）。

A．无发生缺水　　B．轻度缺水

C．中度缺水　　D．重度缺水

21．休克的根本问题是（　　）。

A．组织、细胞急性缺血缺氧　　B．血压下降

C．代谢性酸中毒　　D．尿量减少

22．休克时，微循环病理生理分期不包括（　　）。

A．微循环痉挛期　　B．微循环扩张期

C．微循环衰竭期　　D．微循环恢复期

23．绝大多数休克的共同发病机制是（　　）。

A．心功能降低　　B．血容量减少

C．毛细血管床容量增加　　D．有效循环血量锐减

24．临床休克期相当于休克病理生理分期的（　　）。

A．微循环痉挛期　　B．微循环扩张期

C．微循环衰竭期　　D．微循环代偿期

25．治疗休克的最基本措施是（　　）。

A．维护重要脏器功能

B．纠正酸碱失衡，应用肾上腺皮质激素

C．补充血容量

D．血管活性药物的应用

26．休克使用血管扩张剂必须具备的前提条件是（　　）。

A．补足血容量　　B．心功能正常

C．先用血管收缩药　　D．先用强心药

27．中心静脉压（CVP）代表的是（　　）或胸腔内上、下腔静脉的压力。

A．右心房　　B．左心房　　C．右心室　　D．左心室

28．男性，30 岁。外伤后 1 天，病人表现为表情淡漠，皮肤发绀，脉率 124 次/min，血

压 70/50mmHg，中心静脉压＜5cm H_2O，该病人目前应属于以下哪种情况（　　）。

A．休克早期　　B．休克期

C．休克晚期　　D．无休克发生

29．休克早期的临床表现正确的是（　　）。

A．收缩压稍低，脉快而弱，脉压缩小

B．收缩压正常，脉快有力，脉压增大

C．收缩压稍低，脉快而弱，脉压正常

D．收缩压稍升高，脉快有力，脉压缩小

30．外科休克类型中最常见的是（　　）。

A．低血容量性休克和心源性休克

B．低血容量性休克和感染性休克

C．过敏性休克和感染性休克

D．心源性休克和神经性休克

31．治疗休克补充血容量时，一般宜首选（　　）。

A．电解质溶液　　B．葡萄糖溶液

C．右旋糖酐　　D．5%碳酸氢钠

32．休克患者的护理措施，错误的是（　　）。

A．应用血管扩张药物应在扩容之后

B．应用血管活性药物应从低浓度慢速开始

C．输液时严防液体外渗

D．体温下降时应用热水袋加温

33．女性，40 岁，感染性休克，正在快速输液。监测 CVP 1.8kPa，BP 90/70mmHg，尿量 20mL/h。护理时应（　　）。

A．加快输液速度　　B．减慢输液速度

C．减慢输液速度，用血管收缩剂　　D．减慢输液速度，给强心剂

34．某患者因上消化道大出血伴休克紧急入院抢救，护士采取的措施中不妥的是（　　）。

A．头低足高卧位　　B．暂禁食

C．建立静脉通路　　D．迅速交叉配血

35．属于肾性肾衰竭的病因是（　　）。

A．大出血、休克　　B．肾中毒

C．双侧输尿管结石　　D．盆腔肿瘤压迫输尿管

36．ARF 少尿期表现，不正确的是（　　）。

A．24h 尿量＜400mL，尿密度＜1.014　　B．血钠、血钾升高

C．神志淡漠，反应迟钝　　D．代谢性酸中毒

37．ARF 少尿期饮食护理错误的是（　　）。

A．高蛋白饮食　　B．高热量饮食

C．高维生素饮食　　D．低钾无钾饮食

38．ARF 少尿期患者死亡最主要的原因是（　　）。

A．尿毒症　　B．高钾血症

C．大出血　　D．代谢性酸中毒

39．急性肾衰竭少尿期病人的饮食要求为（　　）。

A．高蛋白、高糖、高维生素　　B．高脂、高糖、高蛋白

C．低蛋白、高糖、高维生素　　D．低蛋白、低糖、高维生素

40．男性，30 岁，外伤性肝破裂，术后第 2 天，昏迷。查：血清 K^+6.0mmol/L，Na^+130mmol/L，BUN 7.5mol/L，尿量 15mL/h，考虑 ARF。为其进行腹膜透析治疗和护理时，错误的操作是（　　）。

A．患者宜采用半卧位　　B．在脐与耻骨联合连线中点穿刺

C．严格无菌操作，保持引流管通畅　　D．透析液边注入腹腔边引流

41．ARF 少尿期需紧急处理的电解质失调是（　　）。

A．低钠血症　　B．低氯血症

C．高镁血症　　D．高钾血症

42．ARF 少尿期的早期，发生水中毒的常见原因是（　　）。

A．低蛋白血症　　B．内生水产生过多

C．抗利尿激素增多　　D．未及时限制水分摄入

43．心脏骤停后最容易发生的继发性病理变化是（　　）。

A．肺水肿　　B．急性肾衰竭

C．脑缺氧和脑水肿　　D．心肌缺氧性损伤

44．成年人心脏骤停的主要原因是（　　）。

A．冠心病　　B．意外事故

C．药物过敏、中毒　　D．病毒性心肌炎

45．口对口人工呼吸时的潮气量为（　　）mL。

A．300～400　　B．400～500

C．500～600　　D．600～700

46．心脏停搏超过多长时间，中枢神经系统将遗留不可逆的损害（　　）。

A．2～4min　　B．5min

C．8～12min　　D．12～16min

47．心脏复苏首选的药物是（　　）。

A．肾上腺素　　B．阿托品

C．利多卡因　　D．异丙肾上腺素

48．使用复苏药物时，首选的给药途径是（　　）。

A．静脉给药　　B．心内给药

C．气管内给药　　D．皮下给药

49．单人心肺复苏时，胸外心脏按压与人工呼吸次数的比例为（　　）。

A．5:1　　B．15:1　　C．15:2　　D．30:2

50．脑复苏过程中，提示患者意识即将恢复的表现是（　　）。

A．瞳孔缩小　　B．痛觉出现

C．眼球活动　　D．听觉恢复

51．脑复苏综合治疗中采用的低温疗法是为了（　　）。

A．减轻脑水肿　　B．缓解肌紧张

C．降低脑组织的耗氧量　　D．避免发生寒战反应

52．脑复苏脱水治疗，首选的脱水剂为（　　）。

A．20%甘露醇　　B．50%葡萄糖

C．速尿　　D．右旋糖苷

53．心肺复苏后的处理措施不包括（　　）。

A．维持有效的循环和呼吸功能

B．由家属代为陪护，满足病人的情感需求

C．防治脑缺氧和脑水肿

D．做好心理护理，减轻病人的恐惧心理

54．男，8 岁，不慎溺水，检查发现该男童面部青紫，意识丧失，自主呼吸停止，颈动脉搏动消失。护士实施抢救时首先应采取的措施是（　　）。

A．准备好给氧装置　　B．准备开口器撑开口腔

C．清除口鼻分泌物和异物　　D．放清洁纱布于男童口部

55．男性，35 岁，上唇疖肿挤压后局部红肿、头痛、寒战高热、呕吐、最后出现昏迷，应考虑为（　　）。

A．面部急性蜂窝织炎　　B．痈

C．丹毒　　D．化脓性海绵窦静脉炎

56．引起疖、痈的常见致病菌（　　）。

A．绿脓杆菌　　B．大肠杆菌

C．溶血性链球菌　　D．金黄色葡萄球菌

57．以下不属于痈的好发部位的是（　　）。

A．上唇　　B．颈项　　C．肩背　　D．臀部

58．有关浅表软组织化脓性感染的描述正确的是（　　）。

A．痈是不相邻的多个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染

B．丹毒是皮内淋巴管网受溶血性链球菌侵犯所致的感染

C．急性蜂窝织炎是皮下深筋膜与肌肉的急性化脓性感染

D．疖是相邻的多个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染

59．软组织化脓性感染中，有接触传染性，须隔离的是（　　）。

A．疖　　B．痈

C．急性蜂窝织炎　　D．丹毒

60．患者诊断为痈时，最可能出现下列哪项血常规检查结果（　　）。

A．嗜酸粒细胞增加　　B．淋巴细胞计数增加

C．网织红细胞计数增加　　D．中性粒细胞比例增加

61．急性蜂窝织炎患者应用抗生素治疗，选择抗生素最理想的依据是（　　）。

A．感染发生部位　　B．感染的严重程度

C．药物敏感试验结果　　D．患者的抵抗力

62．丹毒的发病特点不包括（　　）。

A．致病菌为溶血性链球菌　　B．局部化脓症状突出

C．面部、下肢多见　　D．可引起接触性传染

63．脓性指头炎典型的临床表现是（　　）。

A．手指发麻　　B．搏动性跳痛

C．寒战、发热　　D．晚期疼痛加剧

64．脓性指头炎如不及时治疗，容易引起（　　）。

A．甲沟炎　　B．指甲下脓肿

C．化脓性腱鞘炎　　D．指骨缺血性坏死

65．破伤风病人的面部表情特点是（　　）。

A．急性面容　　B．眉头紧皱

C．苦笑面容　　D．表情淡漠

66．破伤风病人最早出现的症状是（　　）。

A．角弓反张　　B．苦笑面容

C．牙关紧闭　　D．肢体抽搐

67．破伤风病人最早出现痉挛的肌肉是（　　）。

A．咀嚼肌　　B．面部肌　　C．颈项肌　　D．呼吸肌

68．对开放性损伤预防破伤风的有效措施是（　　）。

A．彻底清创不缝合　　B．彻底清创并注射 TAT

C．彻底清创并注射破伤风类毒素　　D．彻底清创并注射青霉素

69．治疗破伤风病人时，注射破伤风抗素的作用是（　　）。

A．控制和解除痉挛　　B．中和游离毒素

C．保持呼吸道通畅　　D．自动免疫

70．破伤风临床表现的特点正确的是（　　）。

A．轻微刺激即可诱发　　B．明显高热

C．发作时病人常昏迷　　D．一般出汗较少

71．男性，20 岁，患破伤风。因抽搐频繁引起肘关节脱臼，呼吸道分泌物明显增多，有窒息可能，此时应首先采取的措施是（　　）。

A．气管切开　　B．静脉点滴 TAT

C．脱臼复位　　D．输液、应用青霉素

72．容易引起急性肾衰竭的损伤是（　　）。

A．严重裂伤　　B．严重切割伤

C．严重挤压伤　　D．严重撕脱伤

73．发病率最高的损伤类型是（　　）。

A．机械性损伤　　B．物理性损伤

C．化学性损伤　　D．生物性损伤

74．外伤后施行清创术的最佳时机是伤后（　　）。

A．6～8h 内　　B．8～12h 内

C．12～16h 内　　D．16～24h 内

75．使用止血带控制出血时，每 1h 需放松 1 次，每次（　　）min。

A．1～2　　B．2～3　　C．3～4　　D．4～5

76．患者男，35 岁，右外踝软组织损伤半天，局部青紫、肿胀，目前应采取的措施是（　　）。

A．热湿敷　　B．冰袋冷敷

C．红外线灯照射　　D．局部按摩

77．大面积烧伤患者补液时，调节补液量及补液速度最简便、可靠的观察指标是（　　）。

A．血压　　B．脉搏

C．中心静脉压　　D．尿量

78．男性，30 岁，右下肢烧伤，创面基底部颜色苍白，有小水疱，痛觉迟钝，该病人烧伤深度为（　　）。

A．Ⅰ度　　B．浅Ⅱ度　　C．深Ⅱ度　　D．Ⅲ度

79．男性，23 岁，以大面积烧伤入院，检查发现其双足、右下肢（不包括臀部）、左小腿、右手Ⅱ度烧伤，胸腹部有散在约 4 个手掌面积大小额Ⅰ度烧伤。其烧伤面积应为（　　）。

A．32%　　B．33%　　C．34%　　D．35%

80．男性，40 岁，体重 65kg，烧开水时不慎烫伤右上肢、双下肢（不包括臀部），大水泡，剧烈疼痛，部分皮肤脱落，创面渗出。该患者烧伤深度和面积为（　　）。

A．浅Ⅱ度 50%　　B．深Ⅱ度 50%

C．浅Ⅱ度 55%　　D．深Ⅱ度 55%

81．男性，10 岁。两下肢（包括臀部）烧伤，其烧伤面积为（　　）。

A．39%　　B．44%　　C．46%　　D．48%

82．下列哪项不是深Ⅱ度烧伤的特点（　　）。

A．创面可有或无水泡　　B．创面痛觉迟钝

C．可见树枝状栓塞血管　　D．如无感染，约 3~4 周可愈合

83．大面积烧伤休克期输液治疗的起算时间为（　　）。

A．受伤时间　　B．入院时间

C．清创开始时间　　D．入病房时间

84．患者女，烧伤后休克期，护士调整补液速度最有效的观察指标为（　　）。

A．意识　　B．尿量

C．血压　　D．末梢循环

85．患者女，38 岁。大面积烧伤后 5 小时入院。心率 120 次／分、血压 70/50mmHg，尿少。发生上述状况最可能的原因是（　　）。

A．大量红细胞丧失造成肺换气障碍

B．大量水分蒸发造成脱水

C．疼痛导致的生理反应

D．大量体液从血管内渗出引起低血容休克

86．女性，体重 50kg，头、颈部Ⅰ度烧伤，胸、腹及两下肢（不包括臀部）Ⅱ度、Ⅲ度烧伤，伤后第一个 24h 应补液体的总量约为（　　）。

A．6500～7000mL　　B．6000～6500mL

C．5000～5500mL　　D．4000～4500mL

87．下列哪项属于重度烧伤（　　）。

A．Ⅱ度烧伤面积 27%　　B．烧伤总面积为 52%，其中Ⅲ度 6%

C．烧伤总面积 25%，其中Ⅲ度 9%　　D．烧伤总面积为 23%，其中Ⅲ度 13%

88．颅内压增高的重要体征是（　　）。

A．头痛　　B．呕吐　　C．血压降低　　D．视神经乳头水肿

89．颅内压增高“三主征”不包括（　　）。

A．头痛　　B．呕吐　　C．意识障碍　　D．视神经乳头水肿

90．脑疝形成的机制是（　　）。

A．颅腔内容物体积增大　　B．颅内血容量增加

C．颅内脑脊液增加　　D．颅内压力分布不均

91．出现小脑幕切迹疝时，有定位意义的瞳孔变化是（　　）。

A．患侧瞳孔逐渐缩小　　B．患侧瞳孔逐渐散大

C．双侧瞳孔缩小或散大　　D．双侧瞳孔大小不变

92．冬眠低温疗法的护理措施，错误的是（　　）。

A．用药后 30min 内不宜翻身和移动

B．中心体温不低于 32℃

C．严密观察生命体征、意识、瞳孔

D．复温时，先停冬眠，后撤降温

93．治疗脑水肿最常用且效果较好的药物是（　　）。

A．50%葡萄糖　　B．30%尿素

C．25%山梨醇　　D．20%甘露醇

94．对颅底骨折病人护理正确的是（　　）。

A．血性脑脊液病人，腰穿放脑脊液

B．脑脊液耳漏，须尽早修补硬膜漏口

C．颅底骨折，须手术治疗，以便神经减压

D．着重观察有无脑损伤，并处理脑脊液漏、神经损伤等

95．外耳流血和脑脊液耳漏表示颅底骨折的部位是（　　）。

A．颅前窝　　B．颅中窝

C．颅中窝和颅后窝　　D．颅后窝

96．诊断颅底骨折最可靠的临床表现是（　　）。

A．意识障碍　　B．头皮下血肿

C．脑脊液漏　　D．颅底骨凹陷骨折

97．硬脑膜外血肿病人意识变化特点是（　　）。

A．昏迷　　B．昏迷—清醒

C．昏迷—清醒—昏迷　　D．清醒—昏迷—清醒

98．颅脑损伤最急需处理的情况是（　　）。

A．颅底骨折引起的外耳道出血　　B．顶部的凹陷骨折，深度达 1.5cm

C．开放性颅脑损伤，脑组织外溢　　D．颅内血肿并脑疝形成

99．颅内压增高的容积代偿主要依靠（　　）。

A．脑组织的压缩　　B．颅腔的扩大

C．脑脊液被排出颅外　　D．脑血流量减少

100．颅盖骨折最主要的诊断依据是（　　）。

A．临床表现　　B．X 线检查　　C．B 超　　D．测量颅内压

101．脑挫裂伤的临床表现，正确的是（　　）。

A．伤后可有中间清醒期　　B．不出现局灶体征

C．伤后意识障碍＞30min　　D．生命体征改变不明显

102．硬脑膜外血肿，说法正确的是（　　）。

A．多数有中间清醒期　　B．受力点对侧瞳孔散大，同侧肢体瘫痪

C．无神经系统局灶体征　　D．生命体征改变不明显

103．颅底骨折脑脊液漏的护理措施，错误的是（　　）。

A．保持头高位和局部清洁　　B．及时冲洗与堵塞，避免颅内感染发生

C．避免用力咳嗽、擤鼻涕　　D．加强支持疗法和抗感染

104．急性颅内压增高的表现，错误的是（　　）。

A．剧烈头痛　　B．喷射性呕吐

C．脑膜刺激征（+）　　D．进行性昏迷

105．女性，22 岁，头部受伤时意识丧失，20min 后清醒，伴有逆行性遗忘。一周来有轻度头痛，CT 检查无异常。考虑为（　　）。

A．脑震荡　　B．脑挫裂伤

C．硬脑膜外血肿　　D．硬脑膜下血肿

106．脑震荡的临床表现，以下哪项正确（　　）。

A．伤后可有中间清醒期　　B．出现逆行性健忘

C．伤后意识改变在 30min 以上　　D．脑脊液中有少量血液

107．患者男，48 岁。诊断为颅内患者有颅内压增高症状。护士给予患者床头抬高 15～30°，其主要目的是（　　）。

A．有利于改善心脏功能　　B．有利于改善呼吸功能

C．有利于颅内静脉回流　　D．有利于鼻饲

108．判断甲亢病情严重程度和治疗效果的重要标志是（　　）。

A．突眼程度　　B．甲状腺大小

C．体重是否增加　　D．脉率快慢和脉压大小

109．一女性青年患者为甲状腺功能亢进，测基础代谢率为+35%，甲亢程度属（　　）

A．轻度甲亢　　B．中度甲亢　　C．重度甲亢　　D．正常范围

110．甲亢病人不宜进食的食物是（　　）。

A．高糖的食物　　B．高碘的食物

C．高钾的食物　　D．高磷的食物

111．患者女性，30 岁，因甲亢进行甲状腺大部切除术。术后饮水时出现误咽，呛咳，可能的原因是术中损伤了（　　）。

A．喉上神经内侧支　　B．喉上神经外侧支

C．单侧喉返神经　　D．双侧喉返神经

112．下列关于甲亢术后并发症的描述恰当的是（　　）。

A．呼吸困难和窒息多由于排痰不畅　　B．喉返神经损伤可引起饮水呛咳

C．喉上神经损伤可引起声音嘶哑　　D．甲状腺危象可出现高热、脉快

113．预防甲状腺大部切除术后出现甲状腺危象的关键是（　　）。

A．充分做好术前准备　　B．防止损伤甲状旁腺

C．尽量多地保留甲状腺　　D．手术中尽量少地挤压甲状腺

114．患者男性，32 岁，甲亢患者，行甲状腺大部切除术后突然出现呼吸困难、发绀，出现这种情况最常见的原因是（　　）。

A．切口内出血形成血肿压迫气管　　B．急性喉头水肿

C．气管软化塌陷　　D．黏痰堵塞气道

115．患者男性，30 岁，因甲亢行甲状腺次全切除术，术后第 2 天，病人在饮水时发生误咽，继而出现声调降低，但无声音嘶哑，病人最可能发生的并发症是（　　）。

A．喉上神经内外支损伤　　B．喉上神经内支损伤

C．喉上神经外支损伤　　D．喉返神经损伤

116．女性，35 岁，患甲亢拟行手术治疗，经使用抗甲状腺药物和碘剂后，下列病情未达到手术标准的是（　　）。

A．脉率 100 次/分　　B．BMR + 15%

C．情绪稳定，睡眠好转　　D．甲状腺缩小变硬

117．一中度原发性甲亢的病人，拟行手术治疗。术前准备先服用抗甲状腺药物，症状控制后改服复方碘化钾溶液。服用这些药物的目的是（　　）。

A．使病人安静合作

B．使甲状腺充血肿大，有利于手术切除

C．抑制腺体分泌，有利于保持呼吸道通畅

D．降低基础代谢率，使甲状腺缩小变硬

118．无条件时，可用下列哪个公式计算基础代谢率（　　）。

A．收缩压＋舒张压－111　　B．脉率＋收缩压－111

C．脉率＋舒张压－111　　D．脉率＋脉压－111

119．术前服用碘剂的作用是（　　）。

A．抑制甲状腺素合成　　B．对抗甲状腺素作用

C．促进甲状腺素合成　　D．抑制甲状腺素释放

120．甲亢术后最危急的并发症是（　　）。

A．甲状腺危象　　B．手足抽搐

C．呼吸困难和窒息　　D．喉返神经损伤

121．甲亢病人术前准备最重要的是（　　）。

A．测定基础代谢率　　B．心理护理

C．钡餐和心电图检查　　D．抗甲状腺药物和碘剂的应用

122．急性乳房炎常见于（　　）。

A．妊娠末期的孕妇　　B．产后 3～4 周的哺乳期初产妇

C．产后 3～6 个月的哺乳期经产妇　　D．乳头凹陷的青年女性

123．乳房脓肿切开引流最常用的切口是（　　）。

A．“ 十 ”字形切口　　B．乳晕区弧形切口

C．以乳头为中心的放射状切口　　D．乳房下弧形切口

124．预防急性乳房炎的措施描述不妥的是（　　）。

A．避免乳汁淤积　　B．防止乳头乳晕区损伤

C．纠正乳头凹陷　　D．常规应用预防性抗菌药物

125．乳房脓肿切口从乳晕边缘起呈放射状的目的是（　　）。

A．避免损伤乳腺导管　　B．有利于引流通畅

C．有利于换药操作　　D．有利于配合其他治疗

126．确定乳房肿块性质最可靠的方法（　　）。

A．钼靶 X 线检查　　B．B 超

C．乳头溢液检查　　D．活组织病理检查

127．反常呼吸运动见于（　　）。

A．单根单处肋骨骨折　　B．单根多处肋骨骨折

C．多根单处肋骨骨折　　D．多根多处肋骨骨折

128．胸膜腔闭式引流时，若胸膜腔引流管脱落，首先应该（　　）。

A．立即将引流管重新插入　　B．将引流管清洁后重新插入

C．用手捏紧放置引流管口皮肤　　D．立即更换无菌导管

129．胸膜腔闭式引流管排气时常放置于患侧的（　　）。

A．锁骨中线第 2 肋间　　B．锁骨中线第 3～4 肋间

C．腋前线与腋中线之间第 6 肋间　　D．腋中线与腋后线之间第 7～8 肋间

130．最常见的胸部损伤是（　　）。

A．肋骨骨折　　B．开放性气胸

C．张力性气胸　　D．闭合性气胸

131．最易发生肋骨骨折的部位是（　　）。

A．第 l～3 肋　　B．第 4～7 肋

C．第 8～10 肋　　D．第 11～12 肋

132．气胸时使用胸膜腔闭式引流，正确的是（　　）。

A．引流管应插入胸膜腔 6～10cm

B．引流管应与水封瓶内的长玻璃管连接，切勿接错

C．引流管置管位置最好是在腋前线与腋中线之间的第 6 肋间

D．若 48～72h 水封瓶内无气泡溢出，即可拔出引流管

133．男性，40 岁，开胸手术后行闭式胸膜腔引流已 48h，水封瓶长玻璃管内的水柱波动消失，瞩病人咳嗽时水柱有波动出现，提示（　　）。

A．肺膨胀良好　　B．引流管有堵塞

C．患侧肺不张　　D．呼吸道不通畅

134．男性，20 岁，1h 前被刺伤左胸，创口与胸腔相通，病人自觉严重呼吸困难，左侧前胸壁可见有气体进出伤口。急救措施为（　　）。

A．立即手术　　B．立即封闭伤口

C．胸膜腔闭式引流　　D．快速输液、应用抗生素

135．女性，32 岁。胸外伤后 2h，呼吸 36 次/min，脉搏 120 次/min，血压 80/60mmHg，左胸胀满，触到皮下气肿，气管明显向右侧移位，叩诊高度鼓音，呼吸音消失，急救处理应（　　）。

A．加压给氧　　B．立即粗针穿刺排气减压

C．立即升高血压抗休克　　D．立即输液、输血

136．男性，28 岁。因胸部受伤，出现胸痛，呼吸急促，口唇发绀，脉搏 120 次/min，血压 80/50mmHg。呼吸时能听到气体出入伤口的响声。气管移向健侧，患侧叩诊呈鼓音。应首先考虑此患者为（　　）。

A．闭合性气胸　　B．张力性气胸

C．开放性气胸　　D．损伤性血胸

137．关于血胸的体征，下列哪项是正确的（　　）。

A．肋间隙变窄　　B．患侧叩诊呈鼓音

C．患侧呼吸音增强　　D．气管向健侧移位

138．嵌顿疝与绞窄疝的鉴别要点是（　　）。

A．疝块有否压痛　　B．疝块不能回纳的时间长短

C．有无休克表现　　D．疝内容物有无血循障碍

139．先天性腹股沟斜疝的发病因素主要是（　　）。

A．腹内压过高　　B．腹壁强度降低

C．鞘状突未闭或闭合不全　　D．腹壁缺损

140．六个月婴儿患右侧腹股沟斜疝，其治疗原则是（　　）。

A．暂不手术　　B．禁忌手术

C．紧急手术　　D．择期手术

141．下列哪种类型的腹外疝应紧急手术（　　）。

A．易复性疝　　B．难复性疝

C．绞窄性疝　　D．嵌顿性疝

142．最容易发生嵌顿的疝是（　　）。

A．腹壁切口疝　　B．股疝

C．腹股沟斜疝　　D．脐疝

143．男性，65 岁，1 年来发现左侧腹股沟区可复性肿块。查体：站立位时左侧腹股沟部内侧、耻骨结节外上有一半球形肿块突出，不降入阴囊，可还纳。应考虑（　　）。

A．腹股沟斜疝　　B．腹股沟直疝

C．股疝　　D．脐疝

144．为防止腹股沟斜疝术后阴囊血肿，可采用（　　）。

A．观察伤口有无渗血　　B．0.5kg 沙袋压迫伤口 24h

C．避免咳嗽等腹内压增高因素　　D．术中严格止血

145．患者男，60 岁，因腹股沟斜疝嵌顿入院，行腹股沟斜疝修补术。术后护理措施中哪项不恰当（　　）。

A．鼓励患者早期下床活动　　B．切口部位压沙袋

C．嘱患者咳嗽时注意保护切口　　D．嘱患者术后 3 个月内避免重体力劳动

146．急性腹膜炎最主要的体征是（　　）。

A．持续性剧烈腹痛　　B．腹肌紧张、压痛、反跳痛

C．出现移动性浊音　　D．肠鸣音减弱或消失

147．急性化脓性腹膜炎常继发于（　　）。

A．呼吸道感染　　B．肝硬化腹水

C．营养不良　　D．急性化脓性阑尾炎

148．急性腹膜炎病人腹腔穿刺抽出稀薄脓液，略带臭味，最可能是（　　）。

A．小肠扭转　　B．胃十二指肠溃疡急性穿孔

C．急性出血坏死性胰腺炎　　D．急性化脓性阑尾炎

149．继发性腹膜炎的说法不妥的是（　　）。

A．阑尾炎并发穿孔是常见原因之一

B．闭合性腹部损伤引起并不少见

C．女性可由生殖系感染扩散引起

D．一般为单一病菌感染，毒性较弱

150．疑有盆腔脓肿者，首先进行的检查是（　　）。

A．腹部 X 线　　B．B 型超声波

C．直肠指检　　D．脓肿穿刺

151．有利于腹膜炎渗液引流至盆腔，以减少毒素吸收的护理措施为（　　）。

A．禁饮食、胃肠减压，输液　　B．保持腹腔引流通畅

C．应用有效抗生素　　D．安置半卧位

152．男性，40 岁，腹膜炎术后 5 天，突然出现寒战、发热、出汗等全身中毒症状，伴有上腹痛，呃逆以及季肋部压痛、叩击痛等，此时应考虑是（　　）。

A．肠间脓肿　　B．膈下脓肿

C．盆腔脓肿　　D．腹膜炎复发

153．腹膜炎手术后 1～3 天，病人腹部胀痛，肛门未排气及大便，应属于（　　）。

A．麻痹性肠梗阻　　B．黏连性肠梗阻

C．不完全性肠梗阻　　D．绞窄性肠梗阻

154．腹腔内脏损伤检查时腹膜刺激征不明显的是（　　）。

A．肝破裂　　B．脾破裂　　C．胰破裂　　D．胃肠穿孔

155．患者被汽车撞伤，右上腹剧痛，呼吸 36 次／分，脉搏 100／分，BP90／65mmHg，诊断不明。则应禁用（　　）。

A．非那根　　B．安定

C．6—氨基乙酸　　D．吗啡

156．开放性腹部损伤有少量肠管脱出，现场急救时原则上应（　　）。

A．立即将其还纳入腹腔　　B．及早应用抗生素控制感染

C．止痛处理，抗感染　　D．暂不向腹腔回纳，架空包扎保护

157．男性，23 岁。腹部外伤后 2h，上腹疼痛，恶心，呕吐。查体：面色苍白，心率 114 次/min，血压 90/70mmHg；上腹压痛，肌紧张，以右上腹显著，肠鸣音弱，移动性浊音（+），血红蛋白 100g/L，白细胞 12×10^9/L。为明确伤情，比较简便有效的检查方法是（　　）。

A．X 线腹部平片　　B．血淀粉酶测定

C．腹部 B 超　　D．诊断性腹腔穿刺

158．诊断胃十二肠溃疡急性穿孔最有意义的是（　　）。

A．突然腹部剧痛　　B．移动性浊音

C．膈下游离气体　　D．肠鸣音减弱

159．溃疡病急性穿孔非手术治疗初期，最重要的护理措施是（　　）。

A．半卧位，严密观察病情变化　　B．准确记录出入量

C．应用抗生素控制感染　　D．禁饮食，胃肠减压，输液

160．胃十二指肠溃疡急性大出血非手术疗法的护理措施，不妥的是（　　）。

A．定时观察脉搏、血压　　B．记录呕血或便血量

C．暂禁食，卧床休息　　D．快速输血，使血压高于正常值

161．胃大部切除术后 24h 内的护理重点不包括（　　）。

A．监测生命体征　　B．处理切口疼痛

C．检查肠鸣音情况　　D．保持胃肠减压通畅

162．男性，37 岁，十二指肠溃疡急性穿孔后行胃大部切除术，术后第 4 天突发右上腹部剧痛，伴明显腹膜刺激征。最可能发生了（　　）。

A．十二指肠残端破裂　　B．吻合口梗阻

C．空肠输入段梗阻　　D．吻合口出血

163．胃大部切除术后 1 周，患者进食后上腹饱胀，呕吐物有食物，无胆汁，最可能发生的并发症是（　　）。

A．十二指肠残端破裂　　B．吻合口梗阻

C．空肠输入段不完全梗阻　　D．空肠输出段完全性梗阻

164．女性，52 岁。胃大部切除术后 8 天，在进食高渗性流食后 20min，感腹胀不适、心

悸、乏力、呕吐，并有肠鸣音亢进和腹泻。应考虑（　　）。

A．吻合口梗阻　　B．倾倒综合征

C．空肠输出段梗阻　　D．十二指肠残端瘘

165．患者女，45 岁，消化性溃疡，近来感上腹饱胀，疼痛于餐后加重，且反复大量呕吐，该患者可能出现了（　　）。

A．出血　　B．穿孔

C．癌变　　D．幽门梗阻

166．说明有肠梗阻的重要腹部体征是（　　）。

A．腹部压痛　　B．腹式呼吸减弱

C．腹部膨隆，可见肠型及蠕动波　　D．腹肌紧张和反跳痛

167．绞窄性肠梗阻腹痛的特点是（　　）。

A．阵发性绞痛　　B．持续性隐痛

C．持续性腹痛阵发性加剧　　D．刀割样剧痛

168．男性，40 岁，突起阵发性腹痛，伴腹胀、呕吐 2 天。体温 38℃，脉搏 93 次/min，血压 100/60 mmHg。腹部饱满、胀气，右下腹部有轻度压痛，肠鸣音亢进。腹部 X 线平片检查发现小肠高度扩张、胀气，有多个液气平面，未见结肠胀气。应考虑为（　　）。

A．麻痹性肠梗阻　　B．高位小肠梗阻

C．低位小肠梗阻　　D．绞窄性肠梗阻

169．肠梗阻解除的标志是（　　）。

A．腹痛减轻　　B．呕吐减少

C．腹胀消失　　D．肛门排气排便

170．男性，18 岁，饭后剧烈运动后突然出现剧烈腹痛，向腰背部放射，呕吐，应考虑为（　　）。

A．肠扭转　　B．肠套叠

C．肠黏连　　D．肠系膜动脉栓塞

171．明确为肠梗阻后，极为重要的是了解（　　）。

A．梗阻原因　　B．梗阻部位

C．梗阻程度　　D．有无肠绞窄

172．男性，34 岁，患急性肠梗阻，体检时腹部发现固定性压痛及腹膜刺激征，提示肠梗阻的性质为（　　）。

A．痉挛性　　B．麻痹性　　C．黏连性　　D．绞窄性

173．肠梗阻病人的共同临床特征是（　　）。

A．腹痛、腹胀、呕吐、便秘

B．腹痛、呕吐、肠鸣音亢进、腹胀

C．腹胀、恶心呕吐、腹痛、停止排便排气

D．腹部胀痛、肠鸣音消失、肌紧张、溢出性呕吐

174．最常发生肠套叠的年龄为（　　）。

A．2 岁以内　　B．2～4 岁　　C．4～5 岁　　D．5～7 岁

175．急性肠梗阻易引起的休克是（　　）。

A．失血性休克　　B．过敏性休克

C．低血容量性休克　　D．神经源性休克

176．预防肠扭转最重要的措施是避免（　　）。

A．腹部受凉　　B．进食高脂饮食

C．进食辛辣饮食　　D．饱餐后剧烈运动

177．引起急性阑尾炎最常见的原因是（　　）。

A．阑尾腔内存在多种化脓菌　　B．粪石压迫损坏阑尾黏膜

C．阑尾淋巴滤泡增生　　D．反射性阑尾动脉痉挛

178．诊断急性阑尾炎最有意义的症状是（　　）。

A．转移性右下腹痛　　B．畏寒、发热，白细胞增高

C．恶心、呕吐，腹泻或便秘　　D．右下腹固定性压痛点

179．鼓励阑尾切除术后的病人早期起床活动，主要是为了防止（　　）。

A．内出血　　B．盆腔脓肿　　C．肠粘连　　D．切口感染

180．患者男，36 岁。1 天前右下腹有转移性腹痛，麦氏点有固定的压痛。诊断为阑尾炎，采取保守治疗。现腹痛缓解后突然加重，范围扩大，应考虑是（　　）。

A．单纯性阑尾炎　　B．化脓性阑尾炎

C．坏疽性阑尾炎　　D．阑尾穿孔

181．患者男，38 岁。阑尾穿孔合并腹膜炎手术后第 7 天，体温 39℃，伤口无红肿，大便次数增多，混有粘液，伴里急后重。该患者可能并发了（　　）。

A．肠炎　　B．肠粘连

C．盆腔脓肿　　D．隔下脓肿

182．男性，50 岁。阑尾切除术后 5 天，伤口红肿，触之有波动感，穿刺抽到脓液，其最佳处理是（　　）。

A．用依沙吖啶纱布换药　　B．局部理疗

C．全身应用抗生素　　D．拆去缝线，伤口敞开引流

183．急性化脓性阑尾炎，主要的病理改变是指（　　）。

A．炎症限于阑尾黏膜下层　　B．炎症限于阑尾黏膜层

C．炎症限于浆膜层　　D．阑尾管壁各层有小脓肿形成

184．男性，35 岁。阑尾切除术后第 5 天，体温升高，大便次数增多，排黏液便，有里急后重，考虑并发了盆腔脓肿。首选的检查方法是（　　）。

A．腹部 B 超　　B．腹腔穿刺

C．直肠指检　　D．X 线腹部透视

185．下列关于痔的说法错误的是（　　）。

A．痔是肛管皮下或直肠下端黏膜下静脉丛扩张、迂曲而形成的静脉团

B．齿状线是区别内、外痔的主要标志

C．内痔出现静脉破裂可引起剧烈疼痛

D．外痔在没有发生血栓以前一般不会出现剧烈疼痛

186．内痔的早期症状是（　　）。

A．痔块脱出　　B．疼痛　　C．便秘　　D．便血

187．内痔的主要表现是（　　）。

A．肛门不适　　B．排便时无痛性间歇性出血

C．肛门环状肿物　　D．肛周红肿

188．原发性内痔多发生在（　　）。

A．膝胸位 6，9，12 点钟处　　B．截石位 3，7，11 点钟处

C．膝胸位 3，7，11 点钟处　　D．截石位 6，9，12 点钟处

189．男性，45 岁，肛门疼痛 2 天，肛门外有肿物突出，无便血。局部检查：肛门外有 0.8cm 大小的肿物，呈暗紫色，触痛明显，表面光滑、边界清楚。首先考虑的疾病是（　　）。

A．外痔血栓形成　　B．肛裂

C．内痔脱出　　D．肛门周围脓肿

190．下列哪项不是痔形成的因素　（　　）。

A．静脉壁本身薄弱　　B．久坐久站

C．长期排尿困难　　D．长期腹泻

191．肛门坐浴的护理措施不当的是（　　）。

A．坐浴时的水温应维持在 40～43℃，坐浴时间 15～20min

B．坐浴时病人的肛门、会阴部应全部浸泡在热水中

C．常可采用 0.2%的高锰酸钾溶液

D．对年老体弱患者要搀扶坐下或起身，以免跌倒

192．胆固醇结石的好发部位是（　　）。

A．胆总管　　B．左、右肝管　　C．肝内胆管　　D．胆囊

193．胆总管结石并发急性胆管炎时，出现的三联征是（　　）。

A．腹痛，畏寒发热，胆囊肿大

B．上腹部束带状剧痛，黄疸，低血压

C．腹痛，寒战高热，黄疸

D．寒战高热，肝区持续性胀痛，低血压

194．诊断胆道疾病的首选检查方法是（　　）。

A．B 超　　B．X 线检查　　C．PTC　　D．ERCP

195．关于急性胆囊炎的临床特点，描述错误的是（　　）。

A．进油腻饮食后，容易发病

B．右上腹持续性疼痛、阵发性加重，常向右肩背部放射

C．墨菲征阳性

D．多数病人伴有黄疸

196．胆囊结石一般呈（　　）。

A．慢性胆囊炎表现　　B．急性胆囊炎表现

C．夏柯三联征表现　　D．腹膜刺激征表现

197．胆总管内放置 T 形管的目的为（　　）。

A．减少毒素吸收　　B．减少胆汁分泌

C．减轻腹胀　　D．引流胆汁入肠道或分流至体外

198．患者女性，35 岁。行胆总管切开取石、T 管引流术后，T 管引流液每天均在 2000mL 左右，提示（　　）。

A．胆汁量减少　　B．胆汁量正常

C．胆管下端梗阻　　D．胆管上端梗阻

199．有关胆道蛔虫症的描述错误的是（　　）。

A．病人症状与体征不平行

B．呕吐与绞痛同时发生

C．早期多有明显发热

D．早期白细胞可正常或轻度升高

200．男性，11 岁，突然剑突下偏右侧阵发性剧痛 4h，每次发作时患者辗转哭闹，伴恶心、呕吐，呕吐物为苦水，发作间隙期无明显异常，检查剑突下偏右侧有轻微深压痛。病后未排便，不发热、无黄疸。应考虑（　　）。

A．急性胆囊炎　　B．胆道蛔虫病

C．急性胃炎　　D．胆石病

201．患儿女，10 岁。突发腹部钻顶样疼痛 2 小时来字。大汗淋漓，辗转不安，疼痛停止时又平息如常。查体，剑突偏右方有压痛；无腹肌紧张及跳痛。为明确诊断，应采取的检查是（　　）。

A．腹部 B 超　　B．ERCP

C．右上腹 X 线平片　　D．测血清淀粉酶

202．胆道手术后 T 形管引流的留置时间一般是（　　）。

A．3 日　　B．7 日　　C．10 日　　D．14 日

203．下列哪项是下肢静脉曲张的主要病因（　　）。

A．静脉瓣膜功能不全　　B．心功能不全

C．下肢运动减少　　D．长期卧床

204．确诊下肢静脉疾病最可靠的方法是（　　）。

A．B 超　　B．交通支瓣膜功能试验

C．下肢静脉造影　　D．深静脉回流试验

205．大隐静脉曲张病人不可进行手术治疗的情况是（　　）。

A．大隐静脉瓣膜功能不全　　B．交通支瓣膜功能不全

C．患肢深静脉回流不畅　　D．小腿慢性溃疡

206．男性，51 岁，患单纯性下肢静脉曲张，行大隐静脉高位结扎剥脱术，术后早期活动的目的是防止发生（　　）。

A．患肢肿胀　　B．患肢僵硬

C．血管痉挛　　D．深静脉血栓

207．治疗下肢静脉曲张最根本、最有效的方法是（　　）。

A．使用弹力绷带或穿弹力袜　　B．硬化治疗
C．手术治疗　　D．抬高患肢

208．男性，53 岁，自感久站后下肢酸胀沉重，检查：右侧踝部色素沉着，足背部水肿，小腿部存在蚯蚓状团块，下肢静脉造影显示深静脉通畅，其他无异常。最适合该患者的治疗方法是（　　）。

A．手术治疗　　B．物理治疗
C．弹力绷带包扎治疗　　D．硬化剂治疗

209．患者男性，49 岁。双小腿静脉明显隆起，并伴酸胀。行大隐静脉剥脱术，术后弹力绷带一般维持包扎时间是（　　）。

A．1 周　　B．2 周　　C．3 周　　D．4 周

210．患者女性，47 岁。长时间站立后自感右下肢酸胀、沉重，体检见右小腿内侧有蚯蚓状静脉团块，诊断为单纯性下肢静脉曲张，行大隐静脉高位结扎加剥脱术。术后 2 天，正确的护理措施是（　　）。

A．绝对卧床　　B．半坐卧位
C．鼓励下地行走　　D．保持患肢下垂

211．下肢静脉曲张剥脱术后护理措施正确的是（　　）。

A．患肢制动　　B．抬高患肢 30°
C．卧床 1 周　　D．绷带一般包扎 2 天

212．血栓闭塞性脉管炎的病因不包括（　　）。

A．长期大量吸烟　　B．气候寒冷潮湿
C．下肢活动不足　　D．免疫功能异常

213．血栓闭塞性脉管炎最常见的病变部位是（　　）。

A．上肢的中小动脉　　B．上肢的中小静脉
C．下肢的中小静脉　　D．下肢的中小动脉

214．血栓闭塞性脉管炎局部缺血期患肢表现正确的是（　　）。

A．间歇性跛行　　B．趾甲变厚、肌肉萎缩
C．持续性疼痛、夜间更甚　　D．足趾尖端皮肤紫绀，发凉

215．患者男性，34 岁，患血管闭塞性脉管炎 2 年，近来双下肢出现持续性疼痛，夜间尤为明显，无法入眠。对其护理不正确的是（　　）。

A．嘱其戒烟　　B．抬腿练习
C．热水袋保暖，减轻疼痛　　D．保护患肢

216．患者男性，45 岁。近来双足肢端发凉、怕冷，长距离行走后小腿常出现肌肉抽痛，被迫停下休息片刻后可缓解。对此患者护理不正确的是（　　）。

A．保护患肢　　B．绝对戒烟
C．足部清洁　　D．热水泡脚

217．后尿道损伤，尿外渗常出现在（　　）。

A．下腹部　　B．阴茎、阴囊
C．会阴部　　D．膀胱周围

218．患者，男，20 岁，从高处坠下，会阴部骑跨于硬物上，不能排尿，尿道外口有少许溢血，外阴部和下腹壁肿胀，试插导尿管失败。应考虑（　　）。

A．前尿道损伤　　B．会阴部挫伤

C．后尿道损伤　　D．膀胱损伤

219．男性，26 岁，不慎从高处摔下，诊断为尿道损伤，下列处理错误的是（　　）。

A．恢复尿道的连续性　　B．引流尿液，解除尿潴留

C．尿外渗部位，应做切开引流　　D．用气囊导尿管压迫止血

220．肾、输尿管结石的特征性表现是（　　）。

A．疼痛＋血尿　　B．疼痛＋脓尿

C．疼痛＋肿块　　D．疼痛＋休克

221．膀胱结石最典型的症状是（　　）。

A．尿急　　B．排尿疼痛、尿流中断

C．尿频　　D．排尿困难

222．右侧输尿管结石病人，结石约 1.5cm，最好的治疗方法是采用（　　）。

A．手术治疗　　B．口服排石药物

C．ESWL　　D．观察病情，暂不处理

223．男性，40 岁，近日来腰部隐痛，2h 前活动后突然出现阵发性剧痛，并向会阴部放射，伴面色苍白、恶心、呕吐，镜下血尿，应考虑（　　）。

A．急性胆管炎　　B．急性阑尾炎　　C．肾结石　　D．肠梗阻

224．男性，8 岁，排尿过程中突然尿流中断、呼痛不已，蹲下后又能继续排尿，应考虑（　　）。

A．肾结石　　B．膀胱结石

C．尿道结石　　D．输尿管结石

225．良性前列腺增生最早出现的症状是（　　）。

A．排尿困难　　B．尿频　　C．血尿　　D．尿潴留

226．良性前列腺增生最重要的症状是（　　）。

A．排尿困难　　B．尿频　　C．血尿　　D．尿潴留

227．男性，65 岁，近 5 年来排尿次数增多，夜尿尤甚，一个月来出现排尿费力和分段排尿，有时排尿不成线并出现终末血尿。最可能的诊断是（　　）。

A．膀胱结石　　B．膀胱肿瘤

C．前列腺增生症　　D．前列腺癌

228．男性，66 岁，既往有排尿困难史多年，就诊前因饮酒后不能排尿，直肠指诊前列腺肥大，中间沟消失，该病人急诊后首先应的处理是（　　）。

A．压腹部排尿　　B．膀胱造瘘

C．导尿并留置导尿管　　D．急诊前列腺摘除术

229．属于不完全性骨折的是（　　）。

A．横行骨折　　B．青枝骨折

C．压缩骨折　　D．嵌插骨折

230．属于稳定性骨折的是（　　）。

A．横形骨折　　B．斜形骨折

C．螺旋形骨折　　D．粉碎性骨折

231．患者男，65 岁。原发性支气管肺癌骨转移。今晨起床时，左小腿疼痛，肿胀，不能行走。X 线示左侧胫腓骨骨干双骨折。导致该患者骨折最可能的原因是（　　）。

A．直接暴力　　B．间接暴力

C．病理性骨折　　D．疲劳性骨折

232．骨折表现最具有诊断意义的是（　　）。

A．疼痛与压痛　　B．功能障碍

C．异常活动　　D．肿胀淤斑

233．骨折特有体征是（　　）。

A．肿胀、淤斑、畸形　　B．畸形、异常活动、骨擦音

C．畸形、功能障碍、异常活动　　D．畸形、弹性固定、骨擦感

234．不属于骨折早期并发症的是（　　）。

A．骨化性肌炎　　B．感染

C．内脏器官损伤　　D．脂肪栓塞

235．属于骨折晚期并发症的是（　　）。

A．肱骨干骨折损伤桡神经　　B．骨盆骨折损伤后尿道

C．肱骨踝上骨折损伤肱动脉　　D．股骨颈骨折时股骨头坏死

236．前臂缺血性肌挛缩时特有的畸形是（　　）。

A．枪刺刀畸形　　B．猿手畸形

C．垂腕畸形　　D．爪形手

237．骨折现场急救正确的是（　　）。

A．骨折都应初步复位后再临时固定

B．对骨端外露者应复位后固定，以免继续污染

C．只是怀疑骨折，可不必固定，注意妥当搬运

D．一般应将骨折肢体在原位固定后尽快转送

238．闭合性骨折转运前最重要的是（　　）。

A．使用止痛剂　　B．手法复位

C．固定伤肢　　D．抬高患肢

239．疑有脊柱骨折病人，搬运时应（　　）。

A．用软担架搬动　　B．三人平托放于硬板搬运

C．二人抱持搬运　　D．一人抱持或背负搬运

240．开放性骨折最重要的治疗措施是（　　）。

A．早期彻底清创　　B．早期使用抗生素

C．及时使用 TAT　　D．及时复位固定

241．骨折与关节脱位共有的特殊体征是（　　）。

A．畸形　　B．异常活动　　C．骨擦音　　D．弹性固定

242．进行骨牵引的病人，如牵引过度可引起（　　）。

A．肌肉萎缩　　B．剧烈疼痛

C．骨质脱钙　　D．骨愈合障碍

243．关于骨折的治疗，下列哪项不正确（　　）。

A．复位是骨折治疗的原则之一

B．固定是使骨折部位恢复正常或接近正常的解剖位置

C．大多数骨折可手法复位

D．功能锻炼应循序渐进

244．最不稳定的骨折类型是（　　）。

A．斜形骨折　　B．青枝骨折

C．横形骨折　　D．裂纹骨折

245．四肢骨折拆除外固定时关节活动较差，其原因是（　　）。

A．缺血性肌挛缩　　B．关节强直

C．关节僵硬　　D．骨折尚未完全愈合

246．骨折急救处理时妥善固定的目的错误的是（　　）。

A．使移位的骨折得到适当的矫正　　B．止痛，可以防止休克

C．便于运输　　D．减少骨折端出血

247．外伤性骨折的诊断依据，错误的是（　　）。

A．畸形　　B．异常活动

C．骨擦音或骨擦感　　D．功能障碍

248．闭合性骨折的治疗原则，错误的是（　　）。

A．及时清创　　B．复位

C．固定　　D．功能锻炼

249．女性，10 岁。放学回家路上被人突然撞击，跪倒在地，入院诊断为髌骨骨折，其致病因素为（　　）。

A．直接暴力　　B．间接暴力

C．病理性骨折　　D．积累劳损

250．男性，30 岁。不慎从高处跌落，疑有脊柱骨折，在现场处理中不妥的是（　　）。

A．立即背起病人去医院　　B．初步检查有无其他损伤

C．平托法将病人置于硬板担架上　　D．保持脊柱中立位，防止前屈、旋转

251．关节脱位的特征表现是（　　）。

A．疼痛压痛　　B．肿胀淤斑

C．弹性固定　　D．功能障碍

252．肩关节脱位的特有体征是（　　）。

A．异常活动　　B．方肩畸形

C．骨擦音　　D．功能障碍

253．可确诊为关节脱位的情况是（　　）。

A．疼痛压痛　　B．肿胀淤斑

C．功能障碍　　D．弹性固定

254．关节脱位复位后，一般须外固定（　　）。

A．5～7 天　　B．2～3 周

C．4～5 周　　D．6～8 周

255．新鲜脱位是指脱位后未超过（　　）。

A．3 天　　B．3 周　　C．1 月　　D．2 月

256．可诊断为开放性关节脱位表现的是（　　）。

A．局部疼痛　　B．弹性固定

C．关节处明显肿胀　　D．关节囊破裂，关节腔与外界相通

257．闭合性关节脱位的治疗原则，不恰当的是（　　）。

A．早期、正确的手法复位　　B．合并关节内骨折者切开复位

C．牢固、可靠的关节固定　　D．积极、适当的功能锻炼

258．骨折及关节损伤最为常见的并发症是（　　）。

A．关节僵硬　　B．愈合障碍关节强直

C．缺血性肌挛缩　　D．创伤性关节炎

259．有关癌的描述，错误的是（　　）。

A．起源于间叶组织　　B．好发于中年以上病人

C．主要经淋巴转移　　D．在恶性肿瘤中最常见

260．交界性肿瘤的特征是（　　）。

A．良性肿瘤位于 2 个脏器的交界处

B．良性肿瘤来源于 2 种组织

C．形态上属于良性，但生长方式为浸润性生长，切除后易复发

D．良性肿瘤偶有远处转移

261．关于良性肿瘤的描述错误的是（　　）。

A．细胞分化程度较高　　B．多呈膨胀性生长

C．表面光滑、活动　　D．从不危及生命

262．对实体肿瘤最有效的治疗方法是（　　）。

A．手术疗法　　B．放射疗法

C．化学疗法　　D．综合疗法

263．肿瘤的最常见的局部表现是（　　）。

A．疼痛　　B．出血　　C．肿块　　D．溃疡

264．肿瘤确诊和分型必须依赖于（　　）。

A．影像学检查　　B．内窥镜检查

C．病理学检查　　D．手术探查

265．诊断恶性肿瘤最可靠的依据是（　　）。

A．X 线造影　　B．B 超检查

C．放射性核素检查　　D．病理检查

266．肿瘤的化学疗法最严重的毒副反应是（　　）。

A．骨髓抑制　　B．并发感染
C．毛发脱落　　D．口腔溃疡

267．肿瘤病人化疗或放疗期间，最主要的观察项目是（　　）。
A．脱发程度　　B．消化道症状
C．皮肤损害　　D．血白细胞和血小板计数

268．恶性肿瘤病人化疗期间，白细胞降至 3×10^9/L 以下，应（　　）。
A．加强营养　　B．减少用药量
C．暂停用药　　D．服生血药

269．乳腺癌的好发部位是乳房的（　　）。
A．内上象限　　B．外上象限
C．乳头、乳晕区　　D．内下象限

270．早期乳癌最常见的症状是（　　）。
A．乳房内无痛性肿块　　B．乳头血性溢液
C．乳房皮肤橘皮样改变　　D．乳房肿胀，全身发热

271．乳癌病人乳房局部皮肤出现橘皮样改变的原因是（　　）。
A．粘连　　B．癌肿侵及 Cooper 韧带
C．肿物压迫　　D．癌细胞堵塞表浅淋巴管

272．患者女，35 岁。右侧乳腺癌根治术后。患者出院时，提示患者掌握了正确的健康教育内容的描述是（　　）。
A．“ 我出院后要穿几周紧身衣保持体形 ”
B．“ 我要注意避孕，2 年内我不能怀孕 ”
C．“ 在我化疗期间，我要坚持吃素 ”
D．“ 我要坚持右侧上肢的锻炼 ”

273．食管癌多发生在食管的（　　）。
A．颈部及胸部上段　　B．胸部中段
C．胸部下段　　D．腹部

274．食管癌的早期症状是（　　）。
A．进行性吞咽困难　　B．进食停滞感、食管内异物感等
C．体重减轻　　D．进食后呛咳

275．食管癌的典型症状是（　　）。
A．进行性吞咽困难　　B．进食时胸骨后刺痛感
C．上腹烧灼感　　D．进食时呛咳

276．食管癌病人的普查最常用的方法是（　　）。
A．食管脱落细胞检查　　B．纤维食管镜检查及活检
C．X 线食管钡餐造影　　D．超声内镜检查

277．疑为食管癌的病人，为确诊需做的检查是（　　）。
A．食管脱落细胞检查　　B．纤维食管镜检查及活检
C．X 线食管钡餐造影　　D．超声内镜检查

278．早期胃癌是指（　　）。

A．癌肿局限于胃窦内　　B．癌肿局限于黏膜或黏膜下层

C．癌肿长径不超过 2cm　　D．无区域淋巴结转移

279．胃癌最主要的转移方式为（　　）。

A．直接蔓延　　B．血行转移

C．淋巴转移　　D．腹腔种植

280．某患者因胃癌行胃大部切除术，术后第 1 天除生命体征外，护士最应重点观察的是（　　）。

A．神志　　B．尿量

C．肠鸣音　　D．胃管引流液

281．原发性肝癌普查时首选的检查方法是（　　）。

A．乙型肝炎病毒感染标志　　B．CT 或 MRI

C．B 型超声波检查　　D．AFP 测定

282．原发性肝癌肝区疼痛特点是（　　）。

A．间歇性隐痛　　B．持续性胀痛

C．阵发性绞痛　　D．刀割样疼痛

283．女性，52 岁，B 型超声波检查发现肝占位 1 周，已查肝功能正常。最有助于诊断原发性肝癌的是（　　）。

A．γ-谷氨酰转肽酶　　B．AFP

C．B 超　　D．CT

284．结肠癌最好发的部位在（　　）。

A．盲肠　　B．升结肠　　C．降结肠　　D．乙状结肠

285．结肠癌最早出现的症状为（　　）。

A．腹痛　　B．排便习惯改变

C．腹部肿块　　D．肠梗阻症状

286．直肠癌简单而又最重要的检查方法是（　　）。

A．直肠指检　　B．直肠镜

C．乙状结肠镜　　D．X 线钡剂灌肠

287．女性，54 岁，近一个月来排便次数增加，有里急后重感，偶有便血。此时应首先进行的检查是（　　）。

A．X 线钡剂灌肠　　B．直肠指检

C．乙状结肠镜检查　　D．大便常规

三、判断题

1．细胞外液的主要阳离子是 K^+，主要阴离子是 Cl^-、HCO_3^-和蛋白质。（　　）

2．细胞外液渗透压增高时抗利尿激素分泌增多，促使肾脏回吸收水分增加，使细胞外液渗透压恢复正常。（　　）

3．高渗性缺水时细胞内液缺水严重，细胞外液缺水较轻。（　　）

4．高渗性缺水的主要表现为口渴。（　　）
5．低渗性缺水的主要临床表现为口渴、尿少。（　　）
6．严重呕吐、腹泻，大量注射葡萄糖，酸中毒均可引起低钾血症。（　　）
7．低钾血症心电图可有 T 形波高尖、U 形波出现。（　　）
8．低钾血症早期可出现软弱乏力，腱反射亢进。（　　）
9．低钾血症补充钾盐，以口服的途径最安全。（　　）
10．高钾血症时使用含钙溶液能缓解 K^+对心肌的毒性作用。（　　）
11．代谢性酸中毒刺激毛细血管扩张，患者都会出现面部潮红的表现。（　　）
12．尿量减少是所有 ARF 病人的共同临床表现。（　　）
13．休克早期收缩压接近正常，脉压缩小。（　　）
14．护理休克病人时不需要严密监测其生命体征。（　　）
15．在抗休克治疗中 3.0%～7.5%的高渗盐溶液有良好的扩容和减轻组织细胞肿胀的作用。（　　）
16．皮肤黏膜发绀，血压下降是休克期的临床表现。（　　）
17．休克病人若体温较低，应及时用热水袋等进行局部体表加温。（　　）
18．当休克病人血压偏低、中心静脉压偏高时应充分补液。（　　）
19．血压的变化不是判断休克病情轻重的最主要的依据。（　　）
20．ARF 少尿期的主要死亡原因为低钾血症。（　　）
21．ARF 少尿期电解质紊乱常表现为高钾、高钠，低磷、低钙。（　　）
22．尿量恢复正常是肾功能开始恢复的一个重要标志。（　　）
23．ARF 病情进入多尿期表明患者脱离危险。（　　）
24．肾前性肾衰竭多由尿路梗阻所导致。（　　）
25．急性肾衰竭病人使用抗生素时首选青霉素。（　　）
26．血管扩张药必须在充分扩容和纠正酸中毒的基础上使用。（　　）
27．ARF 少尿期应给予高蛋白、高热量、高维生素、低钾饮食。（　　）
28．心跳呼吸完全停止即进入临床死亡期，此期一般仅有 4～6min。（　　）
29．心肺复苏时立即进行人工呼吸是首要的关键措施。（　　）
30．电除颤是心肺复苏首要的关键措施。（　　）
31．后期复苏阶段药物应用时应首选肾上腺素与二甲弗林。（　　）
32．脑复苏采用低温疗法时降温时间越早越好。（　　）
33．唇痈可导致病人张口困难，须及时切开引流。（　　）
34．丹毒好发于面部及上肢，很少引起组织坏死和化脓。（　　）
35．丹毒须及时切开引流，以防皮肤或肢体坏死。（　　）
36．急性蜂窝织炎的致病菌主要是溶血性链球菌。（　　）
37．及时而彻底地施行清创术是预防破伤风的关键。（　　）
38．溶血毒素是破伤风致病的主要因素。（　　）
39．四肢损伤出血病人使用止血带应每隔 1h 放松一次，每次 1～2min。（　　）
40．开放性损伤的伤口，只有在 6～8h 内彻底清创，才能一期缝合。（　　）

41．烧伤早期出现休克是因为大量液体外渗所致。（　）
42．深Ⅱ度烧伤的临床特点是水疱较大，痛觉迟钝。（　）
43．烧伤抗休克治疗时，尿量是判断血容量是否充足的简便、可靠的指标。（　）
44．烧伤病人补液总量的 1/2 要在第 1 个 8h 内输完。（　）
45．颅底骨折伴脑脊液漏者，应行腰穿减压，避免脑脊液丢失过多。（　）
46．脑震荡病人清醒后常不能回忆受伤时的情景。（　）
47．脑震荡病人脑脊液检查常可表现为血性。（　）
48．诊断颅底骨折主要依据是 X 线摄片检查。（　）
49．颅中窝骨折时软组织出血常发生于眼眶周围及球结膜下方。（　）
50．中间清醒期是硬脑膜外血肿的特征性表现。（　）
51．颅底骨折伴脑脊液漏时应禁止堵塞、冲洗、滴药；避免腰椎穿刺、挖耳、擤鼻涕、用力咳嗽、打喷嚏。（　）
52．硬脑膜下血肿病人有典型的中间清醒期。（　）
53．降低颅高压病人的中心体温可降低脑组织耗氧量和对缺氧的耐受力。（　）
54．颅内压增高最常见的症状是喷射性呕吐。（　）
55．原发性甲亢目前认为是一种自身免疫性疾病。（　）
56．原发性甲亢禁止使用手术治疗。（　）
57．由于术前准备不充分，甲亢症状未能控制常可引起术后手足抽搐。（　）
58．胸膜腔闭式引流的水封瓶必须低于胸膜腔 60cm，以免将水灌入胸腔。（　）
59．胸膜腔闭式引流排气时切口位置在患侧腋中线和腋后线之间的第 7、8 肋间。（　）
60．开放性气胸的急救措施是迅速进行伤侧胸膜腔穿刺排气减压。（　）
61．闭合性气胸肺萎缩＜30%者不需要特殊治疗。（　）
62．急性乳房炎的发生主要与乳汁淤积和细菌入侵有关。（　）
63．腹外疝病人手术后应及早鼓励其下床活动，以促进伤口尽快愈合。（　）
64．手术是唯一根治腹外疝的方法。（　）
65．滑动性疝属于易复性疝。（　）
66．半岁以内婴儿的腹股沟斜疝应及早手术治疗，避免病情加重。（　）
67．护理外科急腹症病人时，应做到四禁，即禁饮食、禁用强止痛剂、禁止灌肠、禁服泻药。（　）
68．腹部损伤时如遇大量内脏脱出腹腔外，现场应暂时回纳腹腔。（　）
69．毕 I 式胃大部切除术后较毕Ⅱ式胃大部切除术后的并发症多。（　）
70．术后胃出血是胃大部切除术后最严重的并发症。（　）
71．瘢痕性幽门梗阻常合并低钾低氯性酸中毒。（　）
72．瘢痕性幽门梗阻必须手术治疗。（　）
73．急性阑尾炎所引起的腹膜炎属于原发性腹膜炎。（　）
74．腹腔穿刺抽出液为稀薄带有臭味的脓液，应考虑急性化脓性阑尾炎。（　）
75．腹肌紧张、压痛和腹胀合称为腹膜刺激征。（　）
76．腹腔内实质脏器损伤的主要表现为急性腹膜炎。（　）

77．阵发性腹痛、便血和腹部出现肿块是小儿肠套叠的典型临床征象。（　　）
78．小肠扭转多见于男性老年人，常有习惯性便秘病史。（　　）
79．腹股沟斜疝好发于老年男性。（　　）
80．急性腹膜炎病人的疼痛，常为阵发性腹痛，病人喜卷曲卧位。（　　）
81．难以诊断的急性腹膜炎，最有价值的辅助检查是腹部 X 线检查。（　　）
82．粘连性肠梗阻以手术后腹腔内粘连最为多见。（　　）
83．麻痹性肠梗阻常表现为阵发性绞痛。（　　）
84．右下腹固定而明显的压痛点是急性阑尾炎的典型体征。（　　）
85．急性阑尾炎是最常见的外科急腹症。（　　）
86．急性阑尾炎病程中腹痛突然减轻，一定是病情好转的表现。（　　）
87．胆道蛔虫症可出现剑突下阵发性“钻顶样”剧痛及剑突下偏右侧明显深压痛。（　　）
88．急性肠梗阻常表现为腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排气排便。（　　）
89．大便时疼痛性出血是内痔的早期症状。（　　）
90．内痔好发于直肠远端的膝胸位第 3、7、11 点处。（　　）
91．外痔指位于齿状线以下，由直肠下静脉丛迂曲扩张形成。（　　）
92．胆总管结石梗阻并发急性胆管炎时可出现典型的 Charcot 三联征。（　　）
93．胆石症和胆道感染病人出现典型的雷诺（Reynolds）五联征，应考虑急性梗阻性化脓性胆管炎。（　　）
94．胆道蛔虫病最典型的特点是症状与体征程度相符。（　　）
95．下肢静脉曲张主要发生于大隐静脉，其次是小隐静脉或者两者同时发生。（　　）
96．原发性下肢静脉曲张患者，凡深静脉通畅、无手术禁忌证者均可手术治疗。（　　）
97．长时间站立工作容易发生下肢静脉曲张。（　　）
98．血栓闭塞性脉管炎多发生于下肢的中小型静脉。（　　）
99．血栓闭塞性脉管炎营养障碍期时患者常表现为典型的间歇性跛行。（　　）
100．血栓闭塞性脉管炎皮肤温度测定时，若患肢温度比正常侧相应部位低 1℃以上，表示该侧肢体供血不足。（　　）
101．男性前尿道球部损伤多由骨盆骨折所致；后尿道膜部损伤多因骑跨伤引起。（　　）
102．后尿道损伤尿外渗至耻骨后间隙和膀胱周围。（　　）
103．尿道损伤病人试插导尿管成功后应留置导尿管 7～14 天。（　　）
104．疼痛后伴发血尿是肾、输尿管结石的特征性表现。（　　）
105．手术治疗是目前治疗肾、输尿管结石的首选方法。（　　）
106．尿道结石尽量不行尿道切开取石术，以免引起尿道狭窄。（　　）
107．草酸盐结石病人不宜食用动物内脏及豆类等高嘌呤的食物。（　　）
108．出现肾绞痛时可遵医嘱应用阿托品和哌替啶解痉止痛。（　　）
109．两次 ESWL 治疗的间隔期不得少于 1 周。（　　）
110．进行性排尿困难是前列腺增生最早出现的症状。（　　）
111．前列腺增生失代偿期以慢性尿潴留为特征。（　　）
112．前列腺增生病人残余尿量＞50mL，应手术治疗。（　　）

113．开放性骨折出现高热时应考虑感染的可能。（　）
114．骨筋膜室综合征多见于上臂和小腿。（　）
115．骨折复位时最常采用手法复位。（　）
116．关节僵硬是骨折及关节损伤最常见的晚期并发症。（　）
117．骨折断端已戳出创口时应立即现场还纳。（　）
118．小夹板固定时缚夹板的带结以不能上下移动为宜。（　）
119．下肢骨折的病人为设置对抗牵引可抬高床头 15～30cm。（　）
120．有效牵引具有复位和固定作用。（　）
121．牵引针孔处的血痂要及时清除。（　）
122．病人石膏管型内疼痛时，应及时给予止痛剂。（　）
123．石膏绷带固定应自肢体远端向近端包扎。（　）
124．骨折合并大血管损伤应及时应用止血带止血。（　）
125．手术复位可达理想的解剖复位，因此最为常用。（　）
126．骨折的治疗原则是复位、固定和康复治疗。（　）
127．关节面对合关系部分失常称为关节半脱位。（　）
132．关节半脱位的治疗原则是复位、固定、功能锻炼。（　）
133．急性血源性骨髓炎最常见的致病菌为溶血性链球菌。（　）
134．急性血源性骨髓炎早期 X 线摄片可见骨质破坏征象及骨膜反应。（　）
135．癌主要通过淋巴转移，肉瘤主要通过血行转移。（　）
136．对肿瘤的治疗关键在于早期发现、早期诊断、早期治疗。（　）
137．手术切除对实体肿瘤至今仍是一种最有效的治疗方法。（　）
138．放射治疗时皮肤可出现一度、二度反应，忌出现三度反应。（　）
139．若白细胞≤5×10^9/L，血小板≤80×10^9/L 时，应暂停放疗。（　）
140．骨髓抑制是化疗最严重的毒性反应。（　）
141．食管癌的早期症状是进行性吞咽困难。（　）
142．淋巴转移是乳腺癌最主要的转移途径。（　）
143．乳腺癌癌肿侵犯库柏（Cooper）韧带可出现橘皮样改变。（　）
144．X 线钼靶摄片是目前早期发现乳腺癌的最有效方法，可用于乳腺癌的普查。（　）
145．活体组织检查是确定肿瘤良恶性最可靠的方法。（　）
146．我国 90%以上的原发性肝癌属胆管细胞型。（　）
147．原发性肝癌发生最早、最常见的转移途径是肝内血行转移。（　）
148．原发性肝癌病人最常见和最主要的症状是肝大。（　）
149．胃癌是最常见的消化道恶性肿瘤，在我国各种恶性肿瘤中发病率居首位。（　）
150．排便习惯和粪便性状的改变是结肠癌最早出现的症状。（　）
151．内镜检查是诊断直肠癌首选的检查方法。（　）
152．大便潜血试验可作为结直肠癌高危人群的初筛方法和普查手段。（　）
153．癌胚抗原（CEA）测定主要作为 CEA 阳性的结直肠癌病人术后的随访指标。（　）
154．距肛缘 7cm 以内的直肠癌的手术方式多采用 Dixon 手术。（　）

155．术前肠道准备是结直肠癌术前护理的重点。（　　）

四、简答题

1．如何对高渗性缺水进行临床分度的评估？
2．如何对低渗性缺水进行临床分度的评估？
3．简述低钾血症的临床表现。
4．静脉补液的原则是什么？
5．静脉补钾的原则如何？
6．代谢性酸中毒的临床表现如何？
7．休克早期的临床表现有哪些？
8．休克的典型表现有哪些？
9．休克时应用血管活性药物的护理措施有哪些？
10．简述 ARF 少尿期的临床表现。
11．ARF 少尿期的护理措施是什么？
12．ARF 少尿期腹膜透析的护理要点有哪些？
13．心肺初期复苏的基本步骤有哪些？
14．胸外心按压的有效标志是什么？
15．胸外心按压的注意事项有哪些？
16．心肺复苏时使用心复苏药物的目的是什么？
17．脑复苏的措施有哪些？
18．破伤风的临床表现有哪些？
19．破伤风的治疗原则是什么？
20．简述创伤现场急救原则与措施。
21．简述烧伤深度的估计依据。
22．烧伤患者现场急救的措施有哪些？
23．简述烧伤抗休克治疗时补液量的计算。
24．烧伤病房的管理要求如何？
25．简述脑损伤配合急救的护理措施。
26．头皮血肿和头皮裂伤的治疗要点是什么？
27．颅前窝骨折和颅中窝骨折的临床表现如何？
28．颅底骨折所致的脑脊液漏的护理措施有哪些？
29．脑震荡有哪些临床表现？
30．脑挫裂伤有哪些临床表现？
31．简述硬脑膜外血肿的病情判断要点。
32．颅内压增高的临床表现有哪些？
33．颅高压时冬眠低温疗法的护理措施有哪些？
34．甲亢手术治疗的适应证有哪些？
35．简述甲状腺大部切除术后常见并发症。

36．急性乳房炎的预防措施有哪些？
37．简述闭合性气胸的临床表现和防治要点。
38．简述开放性气胸的临床表现及防治要点。
39．张力性气胸有何临床表现？急救原则是什么？
40．简述胸膜腔闭式引流的护理要点。
41．急性继发性腹膜炎有哪些腹部体征？
42．急性化脓性腹膜炎非手术疗法的适应证及措施是什么？
43．消化性溃疡的手术指征是什么？
44．简述胃、十二指肠溃疡急性穿孔的临床特点。
45．简述腹股沟斜疝与直疝的鉴别要点。
46．胃大部切除术后的常见并发症有哪些？
47．简述小儿急性阑尾炎的临床特点。
48．简述妊娠期急性阑尾炎的临床特点。
49．简述老年人急性阑尾炎的临床特点。
50．肠梗阻有哪些腹部体征？
51．患者出现哪些情况应考虑绞窄性肠梗阻的可能？
52．描述内痔的分度及其临床表现。
53．肛门坐浴时的护理注意事项有哪些？
54．简述 T 管引流的护理要点。
55．简述血栓闭塞性脉管炎生活护理的要点有哪些？
56．简述原发性下肢静脉曲张的临床表现。
57．尿道损伤的防治要点。
58．泌尿系结石的一般护理措施。
59．简述 ESWL 的护理要点。
60．前列腺增生症的临床表现有哪些？
61．骨折的常见并发症有哪些？
62．骨折的急救处理。
63．骨折的治疗原则是什么？
64．骨折的一般护理。
65．试述小夹板固定患者的护理要点。
66．试述石膏绷带固定后的护理要点。
67．试述牵引术后的护理措施。
68．关节脱位的治疗要点。
69．急性血源性骨髓炎的临床表现和防治要点。
70．急性血源性骨髓炎的防治要点。
71．试述肿瘤患者放疗反应的观察和护理要点。
72．试述肿瘤患者化疗的护理要点。
73．食管癌患者术后饮食的护理要点。

74．乳腺癌术后伤口的护理。

75．简述乳腺癌术后功能锻炼。

76．结直肠癌患者术前的肠道准备的目的和方法。

77．描述人工肛门的护理要点。

五、论述题

1．男，40 岁，体重 60kg。患急性肠梗阻，表现为口渴，尿少，眼窝下陷，脉搏细速，呼吸深快。检查：BP.100/67mmHg，血 HCO_3^-13mmol/L，pH7.30，K^+3.5mmol/L，Na^+140mmol/L。入院后胃肠减压抽取胃肠液 500mL。

（1）有哪些类型的体液失衡？

（2）怎样补液？

2．男性，23 岁，汽车撞伤后 5h，被诊断为“外伤性脾破裂，失血性休克”入院急诊行脾切除术。术中血压偏低用过升压药。术后 24h 尿量 300mL，第二天常规补液 2500mL，尿量仅 200mL，患者出现烦躁不安，频繁作呕，全身水肿，呼吸急促，BP.140/100mmHg，HR.120 次/min，两肺底可闻及少许湿啰音。实验室检查：血 Cr380μmol/L，BUN21.2mmol/L，CO_2CP16mmol/L，K^+6.5mmol/L，Na^+130mmol/L，Cl^-90mmol/L；尿常规：蛋白（++），粗大颗粒管型（++），相对密度 1.008。

（1）该患者发生了什么疾病？其由何种原因引起？

（2）该患者处于本病的哪一阶段？主要护理措施有哪些？

3．女性，35 岁，体重 60kg。因意外被沸水烫伤，急送医院。体检：神志清楚，P.96 次/min，BP.100/70mmHg，颜面、胸腹部、两前臂、双手、双小腿、双足及大腿部散在有约 6 手掌的烧伤面积，均为浅Ⅱ度。

（1）该患者的烧伤总面积是多少？

（2）该患者属于何种严重程度？

（3）烧伤后第一个 24h 如何补液？

4．男，45 岁。车祸左枕部外伤后意识障碍伴恶心、呕吐、小便失禁 4h。受伤后患者无明显意识好转，呕吐呈喷射状。查体：T.36.5℃，P.90 次/min，R.23 次/min，BP.150/90 mmHg。GCS=7 分。左枕头皮血肿直径约 4.0cm。双侧瞳孔不等大，左侧直径 3.0mm，对光反射灵敏，右侧直径 4.5mm，对光反射消失，左侧肢体无自主活动。耳、鼻无出血、溢液，其他查体未见异常。

（1）患者入院后最紧急的抢救措施是什么？

（2）为进一步确诊和抢救治疗，急需做哪些检查？

（3）该患者的诊断有哪些？其诊断依据是什么？

（4）请拟定一份抢救治疗方案。

5．女性，60 岁，因腹痛、腹胀、肛门无排气排便 4 天住院。8 年前因十二指肠球部溃疡穿孔手术。T38.5℃，P112 次/min，BP100/70mmHg；腹部膨隆、不对称，可见肠型蠕动波，腹部压痛及反跳痛，无腹水征，肠鸣音亢进，有气过水声及金属音；腹部 X 线检查示：中下腹处见小肠有数个气液平面，盲肠胀气。

请分析：

（1）该患者最可能的诊断是什么？可能病因是什么？

（2）对该患者术前病情观察的重点内容有哪些？

6．男性，30 岁，农民，8h 前餐后挑担，突感脐周持续性疼痛，阵发性加剧，牵涉至腰背部，伴剧烈呕吐，吐后腹痛不减轻。肛门无排气排便。3 年前因“阑尾炎穿孔”做过手术治疗，平时常有脐周腹部隐痛病史。查体：蜷曲卧位，神情淡漠，肢端皮肤湿冷，脉搏 120 次/min、细弱，血压 70/50mmHg，右下腹切口疤痕 8cm，右下腹较隆起，压痛、反跳痛及肌紧张明显，肠鸣音消失。化验：WBC 20×10^9/L，N 0.92。

（1）为明确诊断，你认为还应做哪些检查？

（2）该患者所患的是什么疾病，有何依据？

（3）目前该患者应如何治疗（提出治疗原则）和护理？

7．男性，40 岁，3h 前被他人用刀刺伤，伤及左上腹、右背部。伤后觉伤处疼痛，伤口出血，继之气急、腹痛，不伴咳嗽、咯血；发现肠管经腹部伤口突出体表。腹痛很快遍及全腹，以左上腹为甚，呈持续性疼痛进行性加重，自觉口渴、心慌。无呕血、便血。

体查：T.36℃，P.104 次/min，R.33 次/min，BP.90/67mmHg，右肩部有一约 5cm 长的伤口与右侧胸膜腔相通，有鲜血外渗，右侧语颤减弱，叩诊鼓音，呼吸音减弱，心脏未见异常。左上腹有一约 6cm 长的伤口，与腹腔相通，约 50cm 长的肠管突出，呈紫黑色，少部分充血，全腹出现压痛、腹肌紧张、反跳痛，尤以脐周为甚。

血常规：Hb125g/L，RBC4.5×10^{12}/L，WBC9.0×10^9/L，N0.78，L0.22。

（1）提出该患者的诊断。

（2）简述现场急救措施。

（3）写出治疗原则。

8．男性，38 岁，十二指肠溃疡病史 5 年，曾做间断治疗，3h 前饱餐后突然腹痛难忍，呈刀割样，很快蔓延至全腹，伴恶心呕吐、冷汗、面色苍白；查体：全腹压痛、反跳痛、腹肌紧张明显，呈“木板样”强直，肠鸣音消失；立位 X 线腹部检查显示膈下存在游离气体，腹腔穿刺抽出黄色混浊液体。

（1）该患者最可能的诊断是什么？

（2）手术治疗，常选用哪一种手术方式？

（3）手术后患者可能出现最严重的并发症是什么？

（4）患者术后 2 周，进甜食约 15min 后出现上腹饱胀、恶心呕吐、头晕、心悸、出汗、腹泻等。应考虑并发了什么情况？应如何护理？

9．女性，45 岁。近 3 年来经常出现上腹部不适，偶有进食后出现右上腹部隐痛，在当地就诊按“胃病”治疗，病情时轻时重。近半年来发作频繁，两天前再次出现右上腹部阵发性疼痛伴寒战、发热、尿黄，经治疗后发热有所好转但仍有右上腹部疼痛、尿黄，渐出现巩膜、皮肤黄染，来院就诊收入院。查体：一般情况良好，皮肤、巩膜明显黄染，双肺及心脏无异常体征，右上腹部明显压痛，可触及增大胆囊，肝区压痛和叩击痛阳性。B 超检查：胆囊明显增大并多发性结石；肝增大，肝内胆管明显扩张；胆总管直径 14mm。

（1）此患者最可能患何种疾病？

（2）术后放置 T 型引流管的护理措施有哪些？

10．男性，29 岁，以右下腹阵发性疼痛 1 日为主诉入院。一日前突然右下腹阵发性绞痛，每次发作时疼痛向睾丸放射，在社区门诊用青霉素一日后转入本院。既往健康。

检查：T. 37℃，P. 80 次/min，R. 20 次/min，BP. 100/70mmHg。发育及营养中等，神志清楚，检查合作。皮肤及浅表淋巴结无异常，头颈、心肺正常。麦氏点稍下方有压痛，肌紧张存在，未触及包块，四肢、脊柱、神经系统未见异常，肾区无叩痛，睾丸、附睾和外生殖器未见异常。尿常规：RBC（+），余正常。

（1）本病的诊断是什么？ 有何依据？

（2）为进一步确诊和治疗，还须做哪些检查？

（3）本病的处理原则是什么？一般排石疗法的护理要点如何？

11．男性，24 岁，右大腿被汽车撞伤 10min，伤后右下肢肿胀、疼痛，不能活动，右大腿下 1/3 处有一 3cm 长的出血裂口。

（1）该患者的急救处理原则是什么？

（2）若疑为骨折一般应做何检查？

（3）若经检查证实患者右股骨干骨折，其治疗原则是什么？

12．女性，60 岁，右乳外上象限一 3cm×4cm 肿块，乳房局部皮肤出现橘皮样改变，同侧腋窝有 2 个散在淋巴结肿大，尚可推动。

（1）列出该患者的诊断和诊断依据。

（2）为确诊，可做哪些辅助检查？

（3）目前这种疾病的治疗原则是什么？

第三部分

2013—2014 年试题

2013 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类西医专业课试题卷

总分		核分人	

考生注意：所有答案都要写在答题卡上，写在试题卷上无效

得分	评卷人

一、选择题（内科护理学 1～20；外科护理学 21～40。每小题 2 分，共 80 分。每小题中只有一个选项是正确的，请将正确选项涂在答题卡上）

1．慢性肺源性心脏病最常见的病因是（　　）。

A．慢支并发肺气肿　　B．类风湿关节炎

C．支气管哮喘　　D．肺结核

2．肺结核咯血后持续高热常提示（　　）。

A．炎症波及壁层胸膜　　B．并发血气胸

C．空洞形成　　D．病灶扩散

3．肺炎球菌肺炎最具有特征性的表现是（　　）。

A．呼吸困难　　B．语颤增强　　C．咳铁锈色痰　　D．咳嗽、胸痛

4．低浓度吸氧，氧流量为

A．5～6L/min　　B．2～3L/min　　C．l～2L/min　　D．4～5L/min

5．心衰病人的护理，不正确的是（　　）。

A．根据心功能情况决定休息时间和方式

B．给予低盐易消化饮食

C．保持大便通畅，嘱患者勿用力大便

D．严重左心衰竭者，应立即取平卧位休息

6．控制心绞痛发作的首选药物是（　　）。

A．地西泮　　B．双嘧达莫　　C．硝酸甘油　　D．复方丹参

7．体力活动轻度受限制，一般体力活动可以引起乏力、心悸、气短的是（　　）。

A．心功能 I 级　　B．心功能 II 级

C．心功能 III 级　　D．心功能 IV 级

8．十二指肠球部溃疡的疼痛规律为（　　）。

A．疼痛－进食－疼痛　　B．疼痛－进食－缓解

C．进食－疼痛持续不缓解　　D．进食－疼痛－缓解

9．急性胰腺炎病人禁食期间每天应补液（　　）。

A．500mL　　B．1000mL　　C．1500mL　　D．3000mL 以上

10．上消化道大量出血时，紧急处理首选（　　）。

A．冰盐水洗胃　　B．快速补充血容量

C．手术治疗　　D．静滴血管加压素

11．多尿是指成人 24h 尿量大于（　　）。

A．1000mL　　B．1500mL　　C．2000mL　　D．2500mL

12．肾性水肿一般先发生的部位是（　　）。

A．双下肢　　B．双上肢　　C．腹水　　D．眼睑及面部

13．慢性肾炎的饮食，正确的是（　　）。

A．低优质蛋白、低磷饮食　　B．低优质蛋白、低钙饮食

C．高优质蛋白、低钠饮食　　D．高优质蛋白、高糖饮食

14．慢性粒细胞白血病最具特征性的体征是（　　）。

A．胸骨压痛　　B．浅表淋巴结肿大

C．巨脾　　D．皮肤紫癜

15．引起成人缺铁性贫血最常见、最重要的原因是（　　）。

A．铁的摄入不足　　B．铁的吸收不良

C．慢性失血　　D．铁的需要量增加

16．缺铁性贫血治疗关键所在是（　　）。

A．治疗病因　　B．输血　　C．铁剂治疗　　D．中药治疗

17．最有助于判断糖尿病情控制程度的检查是（　　）。

A．糖化血红蛋白测定　　B．空腹血糖测定

C．口服葡萄糖耐量试验　　D．尿糖测定

18．胰岛素最主要的不良反应是（　　）。

A．注射部位皮下脂肪萎缩　　B．注射部位瘙痒

C．荨麻疹　　D．低血糖

19．系统性红斑狼疮皮肤损害，最常见的部位是（　　）。

A．胸部　　B．腹部　　C．颈部　　D．面颊部

20．目前认为艾滋病的传播途径不包括（　　）。

A．性传播　　B．昆虫叮咬传播

C．输血及血制品　　D．母婴垂直传播

21．关于休克早期描述不正确的是（　　）。

A．面色苍白　　B．精神兴奋

C．烦躁不安　　D．脉压增大

22．急性肾衰竭少尿期表现正确的是（　　）。

A．低血钾　　B．高血钾　　C．碱中毒　　D．低血钠

23．控制破伤风病人痉挛的最主要措施是（　　）。

A．约束带固定　　B．保持病室安静

C．使用镇静及解痉剂　　D．静脉滴注破伤风抗毒素

24．伤口或病灶近侧皮肤表面出现“红线”并有压痛的是（　　）。

A．静脉炎　　B．浅层急性淋巴管炎

C．丹毒　　D．淋巴结炎

25．不属于化学性损伤的是（　　）。

A．强酸　　B．强碱　　C．毒气　　D．昆虫咬伤

26．烧伤面积计算，成人头面颈占全身面积为（　　）。

A．3%　　B．6%　　C．9%　　D．18%

27．颅内压增高的“三主征”是（　　）。

A．偏瘫、偏盲、头痛　　B．头痛、呕吐、偏瘫

C．头痛、抽搐、偏瘫　　D．头痛、呕吐、视神经乳头水肿

28．最严重的头皮损伤是（　　）。

A．头皮裂伤　　B．骨膜下血肿

C．头皮下血肿　　D．头皮撕脱伤

29．甲亢术后发生手足抽搐的原因是（　　）。

A．术后出血　　B．喉返神经损伤

C．喉上神经损伤　　D．甲状旁腺损伤

30．女性，28 岁，产后 24d 出现右侧乳房胀痛，全身畏寒、发热。体检：右侧乳房皮肤红肿明显，局部可扪及一压痛性硬块，同侧腋窝淋巴结肿大，应考虑的疾病是（　　）。

A．乳腺癌　　B．乳房纤维腺瘤

C．急性乳房炎　　D．急性淋巴结炎

31．急性乳房炎的预防措施中，不正确的是（　　）。

A．保持乳头清洁　　B．哺乳期应用抗生素

C．每次哺乳后排净乳汁　　D．纠正乳头内陷

32．张力性气胸的特点是（　　）。

A．呼吸时空气经伤口自由出入　　B．呼吸时气体从胸膜腔只出不入

C．患侧胸膜腔压力进行性增加　　D．纵隔不会移位

33．最常见的腹外疝是（　　）。

A．脐疝　　B．股疝

C．切口疝　　D．腹股沟斜疝

34．原发性腹膜炎与继发性腹膜炎的主要鉴别点是（　　）。

A．发病的年龄　　B．腹痛、发热的先后顺序

C．有无腹部手术史　　D．腹腔内有无原发病灶

35．疝修补术后护理，不正确的是（　　）。

A．及时处理便秘　　B．切口部位压砂袋

C．咳嗽时注意保护切口　　D．术后3个月内避免重体力劳动

36．倾倒综合征病人的饮食指导，不正确的是

A．少食多餐　　B．餐后散步

C．高蛋白饮食　　D．避免过甜食物

37．急性阑尾炎的典型腹痛表现是（　　）。

A．转移性右下腹痛　　B．阵发性钻顶样绞痛

C．持续痛阵发性加重　　D．向右肩背部放射

38．血栓闭塞性脉管炎常见的病变部位是（　　）。

A．上肢的动脉　　B．上肢的静脉

C．下肢的大动脉　　D．下肢的中小动、静脉，以动脉为主

39．骨折的诊断主要依靠（　　）。

A．X线检查　　B．实验室检查

C．受伤史　　D．病理检查

40．关节脱位是指（　　）。

A．关节囊破裂　　B．关节滑膜炎症

C．关节面失去正常的对合关系　　D．关节的结构破坏

内科护理学（60分）

得分	评卷人

二、判断题（每小题2分，共20分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

41．幽门螺杆菌是慢性胃炎和消化性溃疡的主要致病菌。（　　）

42．I型呼吸衰竭是高碳酸血症型。（　　）

43．高血压病患者，经过治疗，血压得到满意控制后，即可停药。（　　）

44．纠正酸中毒是治疗糖尿病酮症酸中毒的首要关键措施。（　　）

45．一氧化碳轻度中毒的患者处于浅昏迷，瞳孔对光反射和角膜反射迟钝。（　　）

46．急性肾盂肾炎患者应多饮水，保证每日尿量在1000mL以上。（　　）

47．雄激素是治疗慢性再障的首选药物。（　　）

48．精神分裂症最常见的类型是偏执型。（　　）

49．系统性红斑狼疮是一种化脓性、对称性、多关节炎。（　　）

50．机械吸痰适用于痰液粘稠无力咳出者，尤其是昏迷、已行器官切开的患者。（　　）

得分	评卷人

三、名词解释题（每小题 2 分，共 10 分）

51．支气管哮喘

52．上消化道出血

53．癫痫持续状态

54．膀胱刺激征

55．糖尿病

得分	评卷人

四、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

56．洋地黄中毒性反应有哪些？

57．肝硬化的并发症有哪些？

58．简述白血病化疗时药物引起的静脉炎及组织坏死的预防与护理。

59．简述脑出血病人的生活护理。

得分	评卷人

五、病例分析题（10分）

60．男性，67岁，因阵发性胸痛，气促4年加重5小时入院，病人于4年前开始出现劳累后心前区疼痛，伴气急，持续约2～5分钟，休息后能自动缓解，每月发作1～2次，未曾治疗。近1周来胸痛，胸闷发作频繁，含服硝酸甘油能缓解。入院前5小时开始，胸痛加剧，持续不能缓解，含服硝酸甘油无效入院。

入院体查：BP100/70mmHg，P108次/分，T37.5℃，急性痛苦病容，皮肤巩膜无黄染，胸部对称，双肺呼吸音清，无罗音，心界稍向左下扩大，心尖搏动在第6肋间左锁骨中线上，无震颤，心率108次/分，律齐，S1减弱，可闻及奔马律，心尖区有2级收缩期吹风样杂音，余（－）。

请分析：（1）该病人可能的医疗诊断是什么？（2分）

（2）为明确诊断，还应该做什么检查？（3分）

（3）写出该病人疼痛的护理要点。（5分）

外科护理学（60分）

得分	评卷人

六、判断题（每小题2分，共20分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

61．恶性肿瘤生长较快，病程短，破坏性生长，并可向远处其他器官转移。（　）

62．急性蜂窝组织炎致病菌多为金黄色葡萄球菌。（　）

63．喉返神经损伤使喉部粘膜感觉丧失，容易引起反射性咳嗽。（　）

64．绞窄性肠梗阻无肠管血运障碍。（　）

65．腹膜刺激征包括腹肌紧张、反跳痛和肠鸣音减弱或消失。（　）

66．肛裂是齿状线下肛管皮肤层裂伤后形成经久不愈的溃疡。（　）

67．大量肠管脱出，切勿现场还纳，以防污染腹腔。（　）

68．长期卧床的病人易形成尿石。（　）

69．体外冲击波碎石术是目前治疗肾、输尿管结石的首选方法。（　）

70．心肺脑复苏，心脏按压深度至少5cm。（　）

得分	评卷人

七、名词解释题（每小题 2 分，共 10 分）

71．脑震荡

72．疖

73．急性腹膜炎

74．连枷胸

75．骨筋膜室综合征

得分	评卷人

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

76．试述 T 管引流的护理要点。

77．试述胃、十二指肠溃疡的手术适应证。

78．简述张力性气胸的急救原则。

79．简述骨折病人石膏绷带固定后的护理要点。

得分	评卷人

九、病例分析题（10分）

80．男性，55岁，进油腻饮食后，右上腹突发剧烈绞痛，呈阵发性加重，向右肩胛部和背部放射，伴有恶心、呕吐，查体 T38.2℃，右上腹压痛，伴轻度肌紧张、反跳痛，Murphy征阳性，血 WBC 计数 18×10^{9}/L，中性粒细胞 90%，B 超：胆囊肿大，胆囊内强光团伴声影，胆总管 1.6cm。

（1）该病人可能的医疗诊断是什么？（2分）

（2）该病人的治疗原则是什么？（3分）

（3）术前护理要点有哪些？（5分）

2013年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类中医专业课试题卷

总分		核分人	

考生注意：所有答案都要写在答题卡上，写在试题卷上无效

得分	评卷人

一、选择题（中医内科学1～20；中医外科学21～40。每小题2分，共80分。每小题中只有一个选项是正确的，请将正确选项涂在答题卡上）

1．治疗风热感冒首选方剂是（　　）。

A．银翘散　　B．荆防败毒散

C．参苏饮　　D．玉屏风散

2．外感咳嗽的治疗法则是（　　）。

A．祛邪利肺　　B．疏邪解表

C．调理脏腑　　D．化痰止咳

3．治疗肾虚型喘证首选方剂是（　　）。

A．参苏饮　　B．麻黄汤

C．金匮肾气丸　　D．生脉饮

4．哮病的主要临床特征是（　　）。

A．呼吸急促、喉中哮鸣　　B．咳嗽气急、张口抬肩

C．咳嗽咯血、潮热盗汗　　D．腹部胀满、疼痛拒按

5．患者大便时溏时泻，水谷不化，稍进油腻之物，则大便次数增多，饮食减少，脘腹胀闷不舒，面色萎黄，肢倦乏力，舌淡苔白，脉细弱。治疗首选方剂是（　　）。

A．保和丸　　B．四神丸

C．痛泻要方　　D．参苓白术散

6．治疗休息痢首选方剂是（　　）。

A．连理汤　　B．胃苓汤

C．白头翁汤　　D．芍药汤

7．食滞胃肠型呕吐，治疗首选方剂是（　　）。

A．小半夏汤　　B．藿香正气散

C．理中汤　　D．保和丸

8．患者全身水肿，按之没指，小便短少，身体重而困倦，胸闷纳呆，苔白腻，脉濡缓。分证论治是（　　）。

A．风水相搏　　B．水湿浸渍

C．湿毒浸淫　　D．湿热壅盛

9．治疗虚寒腹痛首选方剂是（　　）。

A．沉香散　　B．小建中汤

C．无比山药丸　　D．八正散

10．与癃闭关系密切的是（　　）。

A．肺肝肾　　B．肝脾肾

C．肺脾肾　　D．肝胆肾

11．头痛多在头之两侧，并连及耳部是（　　）。

A．太阳头痛　　B．阳明头痛

C．少阳头痛　　D．厥阴头痛

12．消渴的治疗大法是（　　）。

A．补益气血、健运脾胃　　B．清热利湿、健脾益肾

C．养阴润肺、益气健脾　　D．清热润燥、养阴生津

13．治疗急黄的首选方剂是（　　）。

A．茵陈蒿汤　　B．茵陈术附汤

C．黄芪建中汤　　D．犀角散

14．鼓胀寒湿困脾型的治法是（　　）。

A．温中健脾、行气利水　　B．疏肝理气、除湿散满

C．温补脾肾、化气利水　　D．活血化瘀、行气利水

15．提出“六郁”之说的医学著作是（　　）。

A．《金匮要略》　　B．《医学正传》

C．《景岳全书》　　D．《丹溪心法》

16．肺痈恢复期，治疗首选方剂是（　　）。

A．《济生》桔梗汤　　B．银翘散

C．百合固金汤　　D．桑菊饮

17．患者胸闷如窒而痛，阴天加重，或痛引肩背，气短体胖，唾痰多涎，舌苔浊腻，脉弦滑。治疗首选方剂是（　　）。

A．银翘散　　B．四物汤

C．栝蒌薤白半夏汤　　D．血府逐瘀汤

18．气血亏虚型眩晕，治疗首选方剂是（　　）。

A．归脾汤　　B．半夏白术天麻汤

C．右归丸　　D．天麻钩藤饮

19．肾虚腰痛偏于阴虚者，治疗首选方剂是（　　）。

A．甘姜苓术汤　　B．活络效灵丹

C．右归丸　　D．左归丸

20．痛痹的治法是（　　）。

A．祛风通络、散寒除湿　　B．温经散寒、祛风通络

C．温经散寒、祛风除湿　　D．除湿通络、祛风散寒

21．用补养的药物，恢复其正气，助养其新生，使疮口早日愈合，称之为

A．消法　　B．补法　　C．托法　　D．和法

22．手指部成脓时，常用辨脓的方法是（　　）。

A．触按辨脓　　B．穿刺辨脓

C．B 超辨脓　　D．透光辨脓

23．附骨疽多发于

A．老年人　　B．青年人　　C．儿童　　D．中年人

24．发于下部的丹毒称

A．红丝疔　　B．抱头火丹　　C．流火　　D．赤游丹

25．患者，男，40 岁，发热后口角、唇缘、鼻孔周围出现成群小水疱，有烧灼、痒痛感，诊断是（　　）。

A．接触性皮炎　　B．蛇串疮

C．热疮　　D．药物性皮炎

26．治疗气虚下陷型脱肛，常用方剂是（　　）。

A．四物汤　　B．二陈汤　　C．八正散　　D．补中益气汤

27．肺经风热型粉刺，治疗首选方剂是（　　）。

A．枇杷清肺饮　　B．参苓白术散

C．四君子汤　　D．二陈汤

28．某女性患者乳房内肿块质硬，不痛，表面不光滑，边缘不整齐，多是（　　）。

A．乳痈　　B．乳癌　　C．乳核　　D．乳癖

29．最易引起走黄的是（　　）。

A．面部疔　　B．托盘疔　　C．蛇头疔　　D．有头疽

30．治疗疥疮的特效药物是（　　）。

A．肤轻松软膏　　B．升华硫软膏

C．黄连素软膏　　D．三黄洗剂

31．生于项前的瘰疬是（　　）。

A．气疬　　B．痰疬

C．风毒疬　　D．热毒疬

32．二期梅毒的主要表现是（　　）。

A．皮疹　　B．结节性梅毒疹

C．硬下疳　　D．软下疳

33．关于丹毒病因病机的描述，错误的是（　　）。

A．气分有热　　B．血分有热

C．发于头面多挟风热　　D．发于下肢多挟湿热

34．以外生殖器、肛门、直肠等皮肤粘膜交界处出现疣状赘生物的是（　　）。

A．假性湿疣　　B．扁平湿疣

C．珍珠状丘疹　　D．尖锐湿疣

35．伤及皮肤的真皮层，创面微湿，红白相间，痛觉较迟钝的是（　　）。

A．Ⅰ°烧伤　　B．浅Ⅱ°烧伤

C．深Ⅱ°烧伤　　D．Ⅲ°烧伤

36．治疗风寒型瘾疹的方剂是（　　）。

A．消风散　　B．桂枝汤

C．防风通圣散　　D．当归饮子

37．发于下肢，局部红赤肿胀，或发生水疱，行走不便，身热口渴，舌红，苔黄腻，脉洪数，多是（　　）。

A．疔疮　　B．有头疽　　C．丹毒　　D．瘰疬

38．外痔的病因多是（　　）。

A．脾虚湿困　　B．肝肾不足

C．气阴两虚　　D．湿热下注

39．痛无定处，忽此忽彼，走注甚速者多是（　　）。

A．风痛　　B．寒痛　　C．热痛　　D．虚痛

40．由致病性皮肤丝状真菌引起的是（　　）。

A．花斑癣　　B．手足癣　　C．股癣　　D．头癣

中医内科学（60分）

得分	评卷人

二、判断题（每小题2分，共20分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

41．感冒的病因，主要是感受湿邪所致。（　　）

42．中风闭证治以祛邪开窍醒神为法。（　　）

43．肺痈的治则是清热解毒，化瘀排脓。（　　）

44．治疗脾虚泄泻的痛泻要方是由陈皮、白术、白芍、木香组成。（　　）

45．呕吐临床上当详辨虚实而治。（　　）

46．黄疸阴黄病程较长，黄色晦暗，属于虚证寒证。（　　）

47．厥阴头痛可选用黄芩、柴胡为引经药。（　　）

48．甘温除大热的代表方剂是补阳还五汤。（　　）

49．因急躁易怒而不寐多为心脾两虚所致。（　　）

50．水肿治则中的“开鬼门”具体是发汗。（　　）

得分	评卷人

三、名词解释题（每小题 2 分，共 8 分）

51．咳嗽

52．喘证

53．眩晕

54．中风

得分	评卷人

四、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

55．如何区分泄泻与痢疾？

56．如何辨阳水与阴水？

57．简述内伤发热肝郁发热型的主症。

58．简述着痹的主症及代表方剂。

得分	评卷人

五、病例分析题（12 分）

59．患者王某，女，41 岁，间断性尿频、尿急、尿痛 2 年余，加重 3 天。曾服抗炎药治疗症状缓解，以后经常复发。3 天前因过度劳累而诱发，现症见：小便短数，灼热刺痛，尿少色黄赤，伴腰痛，口干苦，舌苔黄腻，脉濡数。

要求写出：中医病名、证型、治法及代表方剂。

中医外科学（60分）

得分	评卷人

六、判断题（每小题2分，共20分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

60．肿胀范围不限，根脚散漫，不痛、隐痛或抽痛者属阴。（　　）
61．溃疡经治疗后作痒是正气恢复，毒邪衰退的表现。（　　）
62．疖是一种生于肌肤浅表的急性化脓性疾病。（　　）
63．蛇眼疔脓形成后，可在甲沟处作横行切开引流。（　　）
64．艾滋病急性感染期是1～6周。（　　）
65．花斑癣又称汗斑、紫白癜风。（　　）
66．白疕病程长，变化多，愈后易复发，不易根治。（　　）
67．湿疮常对称分布，无剧烈瘙痒。（　　）
68．脾虚气陷是引起肛裂发生、发展的主要原因。（　　）
69．托法适用于尚未成脓的肿痛。（　　）

得分	评卷人

七、名词解释题（每小题2分，共8分）

70．脱疽

71．蛇串疮

72．湿疮

73．药物性皮炎

得分	评卷人

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

74．简述瘾疹的临床特点。

75．简述湿疮湿热浸淫型的症状。

76．简述颜面疔疮初期的临床表现。

77．简述内痔Ⅰ期的临床特点。

得分	评卷人

九、病例分析题（12 分）

78．患者，刘某，女性，44 岁，主诉双侧乳房出现肿块 1 月余。近 1 月来，感双侧乳房胀痛，乳房内有大小不一的肿块，并随喜怒消长，口苦，失眠多梦，舌苔薄黄，脉弦滑。

要求写出：中医病名、证型、治法、代表方剂。

2014年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类西医专业课试题卷

总分		核分人	

考生注意：所有答案都要写在答题卡上，写在试题卷上无效

得分	评卷人

一、选择题（内科护理学1～20；外科护理学21～40。每小题2分，共80分。每小题中只有一个选项是正确的，请将正确选项涂在答题卡上）

1．引起急性上呼吸道感染的细菌最常见的为（　　）。

A．流感嗜血杆菌　　B．溶血性链球菌

C．肺炎球菌　　D．葡萄球菌

2．对诊断和治疗COPD最有意义的检查是（　　）。

A．痰细胞学检查　　B．胸部X线检查

C．肺功能检查　　D．动脉血气分析

3．用于预防运动或过敏原诱发的哮喘最有效的是（　　）。

A．氨茶碱　　B．沙丁胺醇

C．色甘酸钠　　D．泼尼松

4．咳铁锈色痰应首先考虑

A．支气管扩张　　B．支气管哮喘

C．肺炎球菌肺炎　　D．肺癌

5．关于体位引流，方法错误的是（　　）。

A．每日2～3次　　B．依据病变部位不同取适当体位

C．每次15min～30min　　D．原则上患肺处于低处

6．下列可引起猝死的严重心律失常是（　　）。

A．心房颤动　　B．心房扑动

C．心室颤动　　D．室上性阵发性心动过速

7．左心衰的早期表现为（　　）。

A．咳嗽、咳痰　　B．咯血

C．劳力性呼吸困难　　D．心悸

8．风湿性心瓣膜病最主要的死因是（　　）。

A．心衰　　B．栓塞

C．房颤　　D．感染

9．国内肝硬化最常见的病因是（　　）。

A．酒精性肝炎　　B．乙型肝炎

C．甲型肝炎　　D．丙型肝炎

10．消化性溃疡最常见的病因是（　　）。

A．吸烟　　B．饮酒

C．饮食不当　　D．幽门螺杆菌感染

11．目前诊断原发性肝癌最常用、最重要的方法是（　　）。

A．穿刺活检　　B．甲胎蛋白测定

C．超声检查　　D．腹腔镜检查

12．下列不属于膀胱刺激征的是（　　）。

A．尿痛　　B．尿频

C．尿急　　D．尿血

13．下列可促进铁剂吸收的食物是（　　）。

A．牛奶　　B．鸡蛋

C．浓茶　　D．橙汁

14．糖尿病最常见的神经病变是（　　）。

A．周围神经病变　　B．自主神经病变

C．神经根病变　　D．颅神经病变

15．有关痛风症患者的健康教育，不正确的是（　　）。

A．注意休息，避免劳累、受凉　　B．多饮水

C．适度运动，保护关节　　D．高蛋白饮食

16．治疗慢性粒细胞性白血病的首选药物是（　　）。

A．羟基脲　　B．二溴甘露醇

C．马利兰　　D．苯丁酸氮芥

17．对诊断糖尿病最有效的是（　　）。

A．多饮　　B．多尿

C．体重减轻　　D．空腹血糖升高

18．临床上最常见的脑血管意外是（　　）。

A．脑梗死　　B．脑血栓

C．脑出血　　D．脑栓塞

19．类风湿性关节炎最早出现的关节症状是（　　）。

A．晨僵　　B．关节疼痛

C．关节肿胀　　D．关节畸形

20．艾滋病最主要的传播途径是（　　）。

A．性接触　　B．血液传播

C．母婴传播　　D．汗液传播

21．休克患者补充血容量一般首选

A．血浆　　B．等渗盐水

C．低分子右旋糖苷　　D．葡萄糖溶液

22．急性肾衰少尿期饮食护理错误的是（　　）。

A．高蛋白饮食　　B．高热量饮食

C．高维生素饮食　　D．低钾饮食

23．心脏复苏首选的给药途径是（　　）。

A．外周静脉注射　　B．中心静脉注射

C．经骨髓注射　　D．心腔内注射

24．下列不属于化脓性感染的是（　　）。

A．疖　　B．痈

C．破伤风　　D．蜂窝织炎

25．外伤后实施清创术的最佳时机是（　　）。

A．6h～8h 内　　B．8h～12h 内

C．12h～16h 内　　D．16h～24h 内

26．病人头颈部浅Ⅱ度及深Ⅱ度烧伤，伴喉头以下呼吸道烧伤，按烧伤分类属于

A．轻度烧伤　　B．中度烧伤

C．重度烧伤　　D．特重烧伤

27．颅脑损伤中最常见、最危险的继发性损害是（　　）。

A．脑震荡　　B．脑挫裂伤

C．脑干损伤　　D．颅内血肿

28．男性患者，35 岁，因甲亢行甲状腺大部切除术，术后饮水出现呛咳、误咽，但无声音嘶哑，可能的原因是术中误伤了

A．甲状旁腺　　B．喉上神经

C．单侧喉返神经　　D．双侧喉返神经

29．目前治疗中度以上甲亢最常用而有效的方法是（　　）。

A．普萘洛尔　　B．放射性 ^{131}I 治疗

C．复方碘化钾　　D．大部切除手术

30．乳腺脓肿切开引流最常用的切口是（　　）。

A．以乳头为中心的放射状切口　　B．乳晕区弧形切口

C．乳腺下弧形切口　　D．“十”字形切口

31．血胸患者胸腔闭式引流，行胸腔穿刺的部位是（　　）。

A．患侧锁骨中线第 2 肋间

B．患侧锁骨中线第 3～4 肋间

C．腋前线与腋中线之间第 6～8 肋间

D．腋中线与腋后线之间第 6～8 肋间

32．最易发生嵌顿的疝是（　　）。

A．股疝　　B．腹股沟直疝
C．腹股沟斜疝　　D．脐疝

33．胃大部切除术后最严重的并发症是（　　）。
A．吻合口出血　　B．十二指肠残端破裂
C．吻合口瘘　　D．吻合口梗阻

34．导致痔疮形成的因素不包括（　　）。
A．久坐　　B．便秘
C．妊娠　　D．腹泻

35．T 型管放置时间一般是（　　）。
A．1 周左右　　B．2 周左右
C．3 周左右　　D．4 周左右

36．治疗下肢静脉曲张最根本、最有效的方法是（　　）。
A．弹力袜　　B．弹力绷带
C．注射硬化剂　　D．手术治疗

37．膀胱结石最典型的症状是（　　）。
A．血尿　　B．尿频
C．尿急　　D．排尿突然中断

38．下列不属于骨折早期并发症的是（　　）。
A．休克　　B．感染
C．骨筋膜室综合症　　D．关节僵硬

39．反常呼吸运动多见于（　　）。
A．单根单处肋骨骨折　　B．单根多处肋骨骨折
C．多根单处肋骨骨折　　D．多根多处肋骨骨折

40．诊断肿瘤最直接、最可靠的方法是（　　）。
A．CT　　B．内镜检查
C．MRI　　D．病理活检

内科护理学（60 分）

得分	评卷人

二、判断题（每小题 2 分，共 20 分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

41．治疗肺炎球菌肺炎的药物首选青霉素。（　　）
42．抗结核化疗原则是早期、联合、适量、规律和全程用药。（　　）
43．心源性水肿最先出现的部位是身体的下垂部位。（　　）

44．病毒性心肌炎以柯萨奇病毒感染为最常见。（　　）
45．上消化道出血是肝硬化最常见的并发症。（　　）
46．质子泵抑制剂是抑制胃酸分泌作用最强的药物。（　　）
47．十二指肠溃疡的疼痛规律为：进食—疼痛—缓解。（　　）
48．每日尿量少于 100mL 称为少尿。（　　）
49．可用于监测糖尿病患者近 2～3 周内血糖控制情况的指标是糖化血红蛋白。（　　）
50．系统性红斑狼疮肾损害中，最常见和最严重的临床表现是狼疮肾炎。（　　）

得分	评卷人

三、名词解释题（每小题 2 分，共 10 分）

51．哮喘持续状态

52．心肌梗死

53．肝性脑病

54．消化性溃疡

55．再生障碍性贫血

得分	评卷人

四、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

56．协助患者排痰的措施有哪些？

57．简述洋地黄中毒的处理原则。

58．简述心功能分级。

59．简述脑出血急性期的治疗原则。

得分	评卷人

五、病例分析题（10 分）

60．患者，男性，34 岁。饮酒饱餐后上腹部剧痛 7 小时，伴呕吐、大汗，急诊入院。查体：面色苍白，体温 38℃，血压 80/60mmHg，心率 132 次/分，全腹肌紧张、压痛及反跳痛，移动性浊音阳性。血白细胞 12.7×10^{9}/L，血淀粉酶水平急剧升高至 7400u/L。

（1）请写出该患者正确的临床诊断。（3 分）

（2）提出该患者的主要护理诊断及依据。（3 分）

（3）如何对该患者进行健康教育?（4 分）

外科护理学（60 分）

得分	评卷人

六、判断题（每小题 2 分，共 20 分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

61．脓性指头炎的致病菌主要是金黄色葡萄球菌。（　）

62．小面积烧伤患者创面处理常用包扎疗法。（　）

63．双侧喉返神经损伤表现为声音嘶哑。（　）

64．脑震荡患者清醒后多数可以回忆受伤当时的情景。（　）

65．闭合性气胸气管向患侧移位。（　）

66．胸膜腔闭式引流，任何情况下引流瓶不应高于患者胸膜腔。（　）

67．6 个月以内婴儿的先天性腹股沟斜疝和脐疝必须手术治疗。（　）

68．急性阑尾炎最常见和最重要的体征是左下腹固定性压痛。（　）

69．血栓闭塞性脉管炎局部缺血期可出现间歇性跛行。（　）

70．食道癌晚期的典型症状是进行性吞咽困难。（　）

得分	评卷人

七、名词解释题（每小题 2 分，共 10 分）

71．急性肾衰竭

72．痈

73．急性乳腺炎

74．肠梗阻

75．酒窝征

得分	评卷人

八、简答题（每小题5分，共20分）

76．简述急性肾衰竭少尿期的临床表现。

77．脑震荡的临床表现有哪些？

78．简述急性乳腺炎的健康教育内容。

79．简述开放性气胸的防治要点。

得分	评卷人

九、病例分析题（10分）

80．男性患者，25岁，2小时前不慎从高处坠落，伤后右下肢疼痛剧烈，逐渐肿胀，关节活动受限。X线片示：右股骨干骨折。

（1）结合本病例说明骨折的局部表现有哪些？（2分）

（2）骨折的特有体征是什么？（2分）

（3）结合本病例说明骨折的治疗原则是什么？（3分）

（4）针对该患者目前情况，请列出3个最主要的护理诊断。（3分）

2014年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类中医专业课试题卷

总分		核分人	

考生注意：所有答案都要写在答题卡上，写在试题卷上无效

得分	评卷人

一、选择题（中医内科学1～20；中医外科学21～40。每小题2分，共80分。每小题中只有一个选项是正确的，请将正确选项涂在答题卡上）

1．感冒的治疗原则是（　　）。

A．宣肺散寒　　B．疏风宣肺

C．清热解毒　　D．解表达邪

2．热哮发作时选用的方剂是（　　）。

A．三子养亲汤　　B．射干麻黄汤

C．定喘汤　　D．苏子降气汤

3．喘证发病时主要影响的脏腑是（　　）。

A．肺肾　　B．肺脾

C．脾肾　　D．肝脾

4．肺痈成痈期的首选方剂是（　　）。

A．《千金》苇茎汤合如金解毒散　　B．银翘散

C．加味桔梗汤　　D．《济生》桔梗汤

5．胸痹症见胸闷隐痛，时作时止，心悸气短，倦怠懒言，面色少华，头晕目眩，遇劳则甚，舌质嫩红，脉细弱。治疗首选方剂是（　　）。

A．天王补心丹　　B．生脉散合人参养营汤

C．保元汤　　D．当归四逆汤

6．气血亏虚之眩晕的治疗宜选用（　　）。

A．补中益气汤　　B．河车大造丸

C．四君子汤　　D．归脾汤

7．实证不寐的病机主要是（　　）。

A．心神失养　　B．邪扰心神

C．心脾两虚　　D．阴虚火旺

8．腹部胀满，疼痛拒按，厌食呕恶，嗳腐吞酸，大便秘结或便溏，舌苔腻，脉滑有力。辨证为（　　）。

A．食滞腹痛　　B．气滞腹痛

C．血瘀腹痛　　D．寒凝腹痛

9．泄泻发作常和情绪波动有关，每于抑郁、恼怒或精神紧张之时，即发生肠鸣腹泻，泻后痛缓，矢气频繁。治疗上首选（　　）。

A．四神丸　　B．痛泻要方

C．参苓白术散　　D．保和丸

10．食滞胃肠导致的呕吐，治疗首选（　　）。

A．藿香正气散　　B．四逆散合半夏厚朴汤

C．保和丸　　D．小半夏汤

11．湿热痢治疗首选（　　）。

A．白头翁汤　　B．胃苓汤

C．芍药汤　　D．桃花汤

12．阴黄的治疗原则是（　　）。

A．清热利湿，佐以通腑　　B．利湿化浊，泄热除黄

C．清热解毒，凉血开窍　　D．温化寒湿，健脾和胃

13．治疗石淋应选用

A．石韦散加金钱草、海金砂　　B．八正散

C．沉香散　　D．无比山药丸

14．刘某，女，45岁，皮肤出现青紫斑点，时发时止，伴月经过多，颧红，心烦，口渴，手足心热，盗汗，舌红，苔少，脉细数。属于

A．血热妄行　　B．阴虚火旺

C．气不摄血　　D．以上都不是（　　）。

15．消渴症见小便频数，混浊如膏，甚则饮一溲一，面容憔悴，耳轮干枯，腰膝酸软，形寒畏冷，五心烦热，舌淡、苔白，脉沉细无力。治疗方法应是（　　）。

A．清热润肺，生津止渴　　B．清胃泻火，养阴增液

C．滋阴固肾　　D．温阳滋阴，补肾固摄

16．痹症病情较长，反复发作，骨节僵硬变形，关节附近肤色紫黯，痛剧固定，难以屈伸，伴全身畏寒，气候变化时症状加重。治疗首选（　　）。

A．防风汤　　B．薏苡仁汤

C．益肾蠲痹丸　　D．白虎加桂枝汤

17．中风发病，出现口眼歪斜，言语不清，但神志正常，临床症状较轻。辨证属于（　　）。

A．中经络　　B．中脏腑

C．闭证　　D．脱证

18．胃脘隐隐灼痛，嘈杂似饥，或虽饥而不欲多食，口干咽燥，大便干结，舌红少津、苔少，脉细数。属于（　　）。

A．饮食停滞　　B．瘀阻胃络
C．脾胃虚寒　　D．胃阴亏虚

19．头痛在前额部及眉棱处，属于（　　）。
A．太阳经头痛　　B．阳明经头痛
C．少阳经头痛　　D．厥阴经头痛

20．气滞痰郁导致的郁证，治疗首选方剂是（　　）。
A．柴胡疏肝散　　B．丹栀逍遥散
C．半夏厚朴汤　　D．甘麦大枣汤

21．下列疮疡辨证属于阴证的是（　　）。
A．急性发作　　B．肿胀高起
C．脓质稀薄　　D．肿疼剧烈、拒按

22．发生于夏秋之间的暑疖，数目多个，全身可伴有发热、口渴、胸闷、便秘、溲赤，苔薄腻，脉滑数。治法应是（　　）。
A．清热解毒　　B．清暑化湿解毒
C．清热化湿，祛风解毒　　D．祛风化湿

23．符合蛇腹疔说法正确的是（　　）。
A．患指除末节外，均肿胀　　B．伸直患肢可减轻疼痛
C．随意活动可减轻疼痛　　D．在指甲一侧切开治疗

24．成人丹毒发于下肢，局部红赤肿胀，苔黄腻，脉洪数。属于（　　）。
A．热毒蕴结证　　B．湿热毒蕴证
C．胎火蕴毒证　　D．热毒炽盛证

25．有头疽最易发生的部位是（　　）。
A．头部　　B．胸部
C．项部　　D．腹部

26．有关走黄、内陷说法错误的是（　　）。
A．发生在疮疡后　　B．因失治、误治导致发病
C．发病时病邪内攻脏腑　　D．发病时病邪毒入气分

27．附骨疽发病部位多在（　　）。
A．脊椎　　B．骨盆
C．胫骨　　D．胸骨

28．症见乳房肿块随喜怒消长，伴有胸闷胁胀，善郁易怒，失眠多梦，心烦口苦。苔薄黄，脉弦滑。应诊为（　　）。
A．乳癖肝郁痰凝型　　B．乳癖冲任失调型
C．乳核肝气郁结型　　D．乳核血瘀痰凝型

29．阴虚内热型热疮，治疗首选方剂是（　　）。
A．辛夷清肺饮　　B．增液汤加减
C．龙胆泻肝汤加减　　D．竹叶石膏汤

30．不属疥疮症状的是（　　）。

A．丘疹　　B．瘙痒　　C．皲裂　　D．隧道

31．下列对急性湿疮描述错误的是（　　）。

A．边界清楚　　B．多形损害

C．剧烈瘙痒　　D．反复发作

32．接触性皮炎主要诊断依据是（　　）。

A．渗出明显　　B．水疱破后糜烂

C．多发丘疹　　D．明确的接触史

33．症见皮疹色白，遇风寒加重，得暖则减，口不渴，多冬季发病，舌淡，苔薄白。治疗应首选（　　）。

A．当归饮子　　B．消风散　　C．茵陈蒿汤　　D．麻黄桂枝各半汤

34．神经性皮炎多发于（　　）。

A．腹部　　B．腋窝　　C．颈部　　D．股外侧

35．西医的银屑病中医称为（　　）。

A．白屑风　　B．黄水疮　　C．血风疮　　D．牛皮癣

36．青年人颜面、上胸背部散在毛囊性红丘疹、黑头粉刺，甚至结节、脓肿，伴皮脂溢出。诊为（　　）。

A．面游风　　B．颜面疔疮　　C．油风　　D．粉刺

37．一期梅毒的主要表现是（　　）。

A．硬下疳　　B．结节性梅毒疹　　C．软下疳　　D．扁平湿疣

38．肛门缘突发肿块，肿痛剧烈难忍，肛门坠胀，局部可触及硬性结节，皮色暗紫，舌紫苔黄，脉弦涩。诊为（　　）。

A．内痔　　B．混合痔　　C．血栓外痔　　D．赘皮外痔

39．肛裂的主要症状是（　　）。

A．便血、疼痛　　B．疼痛、脱垂

C．便秘、便血、疼痛　　D．疼痛、便血、流脓

40．治疗脱肛的首选手术方法是（　　）。

A．注射术　　B．挂线疗法　　C．切开疗法　　D．切开引流术

中医内科学（60分）

得分	评卷人

二、判断题（每小题2分，共20分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

41．内伤咳嗽病程一般比较短。（　　）

42．哮病和喘证都有呼吸急促的表现，哮必兼喘，喘未必兼哮。（　　）

43．中风预防特别要注意中风先兆症状的出现。（　　）
44．胸痹的主要病机是心脉痹阻。（　　）
45．不寐病位在心，和脾胃无关。（　　）
46．痢疾主要是由外感湿热或疫毒、内伤饮食导致。（　　）
47．血瘀腹痛治疗首选方剂是失笑散。（　　）
48．消渴症是以清热润燥解毒为基本治疗大法。（　　）
49．巅顶头痛属于厥阴经头痛。（　　）
50．湿热腰痛治疗首选四妙丸。（　　）

得分	评卷人

三、名词解释题（每小题 2 分，共 8 分）

51．泄泻

52．黄疸

53．水肿

54．痹症

得分	评卷人

四、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

55．痰湿蕴肺型咳嗽的症状和治疗方剂各是什么？

56．水肿的治疗原则是什么？

57．如何区分咳血与吐血？

58．简要回答内伤发热中气虚发热的症状和治疗所选方剂。

得分	评卷人

五、病例分析题（12分）

59．患者齐某，女性，47岁，平素善恐易惊，性格内向，间断心悸5年，曾先后于多家医疗机构处就诊，疗效欠佳。1周前行走于街道，身后突然鞭炮声响起，致心悸症状再发。就诊时症见心悸不宁，坐卧不安，少寐多梦且易于惊醒，闻及声响时心悸症状可明显加重，苔薄白，脉细略数。

请写出：中医病名、证型、治法和方剂。

中医外科学（60分）

得分	评卷人

六、判断题（每小题2分，共20分。在答题卡的括号内正确的打“√”，错误的打“×”）

60．肿疡在脓成未溃时，不可以外用腐蚀药。（　　）

61．痈因外感六淫侵袭而发病，机体产生经络阻塞、气血凝滞的病理现象。（　　）

62．附骨疽虽多发于儿童，但是不影响骨骼生长和产生病理性骨折。（　　）

63．乳癌会导致乳房变形。（　　）

64．皮肤病在使用外用药物时，选择药物浓度一定要先高后低。（　　）

65．黄水疮中医治则是清热解毒利湿。（　　）

66．药物性皮炎发生后立即停用所有可疑药物，并可以加用抗过敏治疗。（　　）

67．艾滋病窗口期是3个月。（　　）

68．肛裂早期治疗宜选用内治。（　　）

69．锁肛痔常被误诊，因而早期发现，早期诊断是很重要的。（　　）

得分	评卷人

七、名词解释题（每小题2分，共8分）

70．瘰疬

71．神经性皮炎

72．瘾疹

73．附骨疽

得分	评卷人

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

74．简答疮疡逆证的特点。

75．简答如何根据皮肤损害选择适当的外用药物剂型。

76．简答内痔分期。

77．简答浅Ⅱ度烧伤的临床表现。

得分	评卷人

九、病例分析题（12 分）

78．郦某，女，28 岁，初产后 3 周，2 日前右乳出现肿块疼痛，伴有压痛，乳汁排出不畅，因疼痛未行按摩排乳。现肿块胀痛明显，局部皮色正常，皮温高，伴恶寒，发热，头身疼痛，口渴，便秘，苔薄，脉数。查血常规见白细胞计数为 11.6×10^{9}/L。

试析：中医诊断、证型、治法、代表方剂、外治。

第四部分

参考答案

内科护理学题型示例参考答案

一、名词解释（略）

二、判断题

1. √　2. √　3. √　4. ×　5. ×　6. √　7. √　8. ×
9. √　10. √　11. √　12. √　13. √　14. ×　15. √　16. ×
17. √　18. √　19. ×　20. ×　21. √　22. √　23. ×　24. ×
25. √　26. √　27. ×　28. √　29. ×　30. √　31. ×　32. √
33. √　34. √　35. ×　36. √　37. ×　38. √　39. ×　40. ×
41. √　42. ×　43. √　44. ×　45. ×　46. ×　47. √　48. ×
49. √　50. √　51. ×　52. √　53. √　54. √　55. √　56. √
57. √　58. √　59. ×　60. √　61. ×　62. √　63. √　64. ×
65. ×　66. ×　67. √　68. ×　69. √　70. ×　71. √　72. ×
73. √　74. √　75. ×　76. √　77. √　78. √　79. √　80. √
81. ×　82. √　83. ×　84. ×　85. ×　86. ×　87. √　88. √
89. ×　90. ×　91. √　92. ×　93. √　94. ×　95. √　96. ×
97. ×　98. √　99. ×　100. √

三、单项选择题

1. A	2. B	3. D	4. B	5. D	6. D	7. A	8. D	9. B	10. C
11. B	12. C	13. D	14. B	15. A	16. B	17. D	18. D	19. C	20. D
21. A	22. D	23. A	24. B	25. C	26. B	27. A	28. A	29. A	30. D
31. D	32. B	33. B	34. C	35. D	36. B	37. A	38. B	39. D	40. A
41. B	42. A	43. D	44. A	45. C	46. C	47. B	48. B	49. C	50. B
51. C	52. C	53. A	54. A	55. D	56. C	57. A	58. A	59. B	60. B
61. A	62. C	63. C	64. C	65. B	66. C	67. A	68. B	69. C	70. D
71. C	72. A	73. D	74. D	75. D	76. C	77. C	78. D	79. D	80. C
81. C	82. B	83. D	84. A	85. C	86. A	87. C	88. D	89. D	90. A

91．A	92．B	93．A	94．D	95．A	96．D	97．C	98．D	99．C
100．A	101．D	102．A	103．B	104．A	105．C	106．A	107．A	108．B
109．C	110．C	111．C	112．C	113．D	114．D	115．B	116．D	117．A
118．D	119．A	120．D	121．D	122．C	123．B	124．A	125．A	126．B
127．C	128．C	129．D	130．B	131．A	132．D	133．C	134．D	135．C
136．D	137．B	138．A	139．B	140．A	141．A	142．D	143．D	144．C
145．C	146．D	147．A	148．D	149．A	150．A	151．D	152．D	153．C
154．D	155．D	156．C	157．C	158．B	159．D	`160．C	161．D	162．C
163．D	164．A	165．A	166．B	167．C	168．B	169．C	170．D	171．C
172．D	173．D	174．A	175．B	176．C	177．B	178．B	179．A	180．C
181．B	182．D	183．D	184．B	185．B	186．A	187．C	188．B	189．C
190．C	191．D	192．D	193．C	194．C	195．C	196．D	197．D	198．C
199．D	200．D	201．B	202．B	203．B	204．D	205．B	206．A	207．D
208．B	209．B	210．C	211．B	212．D	213．B	214．C	215．C	216．B
217．A	218．D	219．A	220．C	221．A	222．B	223．D	224．D	225．D
226．A	227．C	228．D	229．D	230．A	231．C	232．D	233．B	234．C
235．A	236．C	237．D	238．B	239．D	240．B			

四、简答题

1．答：根据咳嗽、咳痰或伴有喘息，每年发病持续三个月，连续两年或以上，并排除其他心、肺疾患时，可作出诊断。若发作时间不足三个月，但 X 线显示肺纹理增粗、紊乱者也可诊断。

2．答：①视诊：桶状胸，呼吸运动减弱。②触诊：语颤减弱或消失。③叩诊：呈过清音，心浊音界缩小或不易叩出，肺下界和肝浊音界下降。④听诊：呼吸音普遍减弱，呼气延长，合并感染时有湿啰音。心音遥远。

3．答：①吸入性过敏原：如花粉、尘螨、真菌孢子、动物毛屑等。②感染：呼吸道感染（尤其是病毒感染）是哮喘急性发作的常见诱因。③其他：某些食物，如鱼类、虾蟹、蛋类和牛奶等；某些药物，如普萘洛尔、阿司匹林、抗生素（如青霉素、磺胺类）、碘造影剂等。

4．答：①慢性咳嗽；②大量脓痰；③反复咯血；④继发肺部感染；⑤病变部位可闻及固定、持久的湿性啰音。

5．答：①立即置患者于头低足高位或抱起患者双腿呈倒立位；②保持气道通畅。迅速清除口、鼻腔、咽喉内血块或用鼻导管接吸引器将呼吸道分泌物和血液吸出，严重者行气管插管吸出血块。③高流量吸氧。④给予垂体后叶素止血。⑤必要时行人工呼吸。

6．答： ①呼吸道感染未控制；②过敏源未消除；③严重脱水，痰液黏稠；④水、电解质及酸碱平衡紊乱；⑤各种并发症（如心、肺功能障碍、气胸、肾上腺皮质功能减退等）。

7．答：①氧疗（低流量低浓度给氧）；②纠正脱水；③迅速解痉治疗；④积极控制感染；⑤纠正酸中毒；⑥合并症处理。

8．答：①起病急骤、寒战、高热；②胸痛；③咳嗽、咳铁锈色痰；④呼吸困难；⑤有明显消化道症状。体征：肺实变体征：呼吸运动减弱，触觉语颤增强，叩诊呈浊音，听诊闻及管状呼吸音和湿性啰音。

9．答：①加强监护；②补充血容量；③应用血管活性药物；④控制感染；⑤糖皮质激素的应用；⑥纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱；⑦并发症处理。

10．答：急性期治疗原则：①积极控制呼吸道感染；②改善呼吸；③纠正呼吸衰竭和心力衰竭。

11．答：①根据血气分析分为Ⅰ型（低氧血症型）和Ⅱ型（低氧伴高碳酸血症型）。②根据呼衰发生的急缓分为急性呼衰和慢性呼衰。③在海平面大气压下，静息状态呼吸空气时 PaO_2<60mmHg 或伴 $PaCO_2$>50mmHg,并排除心内解剖分流或原发性心排血量低时，呼衰即可诊断。

12．答：治疗原则：①纠正缺氧、改善通气；②治疗水、电解质及酸碱失衡；③积极治疗原发病及诱因；④防治并发症。

13．答：①原发型肺结核；②血行播散型肺结核；③继发型肺结核；④结核性胸膜炎；⑤其他肺外结核；⑥菌阴肺结核。

14．答：①早期发现，早期化疗，控制传染源；②固定用具或餐具、定时消毒；③不要随地吐痰，不要吞咽痰液，痰吐在纸上放入火内焚烧，或吐在加有消毒灵的痰杯内浸泡 1h 灭菌；④咳嗽、打喷嚏时应以手纸等掩住口鼻；⑤被褥、书籍在强烈日光下曝晒 2h；⑥室内隔日用 15 瓦紫外线灯照射 2h，切断传播途径；⑦加强营养，增加机体的抵抗能力。

15．答：①异烟肼，可有周围神经炎、偶有肝功能损害；②利福平，可有肝功能损害、过敏反应；③链霉素，可有听力障碍、肾损害、口周麻木、皮疹等；④吡嗪酰胺，可有胃肠道不适、肝损害、高尿酸血症、关节痛等；⑤乙胺丁醇，可有球后视神经炎；⑥对氨水杨酸，可有胃肠道反应、过敏反应、肝功能损害。

16．答：①指导患者深呼吸，有效咳嗽；②排背和胸壁震荡；③湿化呼吸道；④体位引流；⑤机械吸痰。

17．答：洋地黄类药的最佳疗效指标为：①呼吸困难明显减轻；②尿量增多；③肺部啰音显著减少或消失；④肝肿大缩小；⑤心率接近正常或已正常。

18．答：①呼吸道感染；②下肢静脉血栓形成（易并发肺栓塞）；③心源性肝硬化；④电解质紊乱。

19．答：①体位：采用坐位，两腿下垂，减少静脉回流；②镇静：首选吗啡；③吸氧：酒精抗泡沫给氧；④减轻心脏负荷：快速利尿，扩血管；⑤强心药：速效类洋地黄制剂。

20．答：缓进型高血压：①起病缓慢，病程长；早期多无症状；②安静时血压正常，劳累、紧张及活动后血压升高；③自主神经紊乱表现：头晕、头痛、耳鸣、失眠、心悸、健忘、注意力不集中等；④后期可出现心、脑、肾及眼底的并发症。

21．答：非药物治疗：①减轻体重（减少热量摄入，增加体力活动）；②饮食控制（限制钠的摄入，每日 6g 为宜）；③体育疗法（运动量适中，节奏缓慢，动作放松）；④精神心理疗法（注意心理卫生，戒除烟酒）。

22．答：①利尿剂：如氢氯噻嗪、安体舒通；②β受体阻滞剂：如心得安、氨酰心安；③钙拮抗剂：如硝苯吡啶、尼莫地平；④血管紧张素转换酶抑制剂：如卡托普利；⑤α受体阻断剂：如哌唑嗪等。

23．答：高血压急症的治疗：①快速降压（首选静脉滴注硝普钠）；②降低颅内压（可选用甘露醇、山梨醇、呋塞米）；③制止抽搐（可选用地西泮、苯巴比妥钠、水合氯醛）；④处理并发症。

24．答：病因：高血压，高血脂，高血糖，高年龄，肥胖，吸烟，其他（性别、遗传、性格和某些微量元素等）。

25．答：临床特征：

症状

①发作诱因：心绞痛的发作与体力劳动、情绪激动、饱餐等诱发因素有关；②疼痛部位：胸骨上、中段后方，可波及心前区，范围约手掌大小，并向左肩、左上肢内侧或颈、咽、下颌部放射；③疼痛性质：为紧缩性、压榨性疼痛，可伴窒息感，常被迫停止原有动作；④持续时间：多为 3～5min，一般不超过 15min；⑤缓解方式：休息或含服硝酸甘油后 1～3min 内缓解。

体征　面色苍白、出冷汗、血压高、心率快、心前区第一心音减弱、出现奔马律。

26．答：①隐匿型；②心绞痛型；③心肌梗死型；④缺血性心肌病型（心律失常和心力衰竭型）；⑤猝死型。

27．答：①先兆症状：可为不稳定型心绞痛的发作。②胸痛：为最早、最突出的症状。③心律失常：以24h 内最多见，为急性期死亡的主要原因。④低血压与休克。⑤心力衰竭。⑥全身表现：有发热和消化道症状。

28．答：治疗原则：①改善心肌代谢，增加供氧，减少氧耗；②及时处理心律失常、心衰和休克；③缩小梗死面积。

29．答：①栓塞；②室壁膨胀瘤；③乳头肌功能失调或断裂；④心脏破裂；⑤梗死后综合征。

30．答：①视诊：二尖瓣面容。②触诊：心尖部可触及舒张期震颤。③叩诊：胸骨左缘第 2、3 肋间心浊音界向左扩大。心浊音界呈“梨形”。④听诊：①心尖区可闻及局限性舒张期隆隆样杂音。

31．答：①视诊：颈动脉搏动明显。②触诊：心尖搏动向左下移位、范围弥散，呈抬举感。③叩诊：心浊音界向左下移位。心浊音界呈“靴形”。④听诊：①胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及舒张期叹息样杂音，向心尖部传导。

32．答：①充血性心力衰竭；②心律失常；③栓塞；④亚急性感染性心内膜炎；⑤肺部感染。

33．答：按发生机理分：

（1）冲动起源异常：①窦性心律失常：窦性心动过速；窦性心动过缓；窦性心律不齐；窦性停搏；②主动性异位心律：过早搏动（房性、交界区性、室性）；阵发性心动过速（室上性、室性）；扑动与颤动（心房、心室）；③被动性异位心律：逸搏（房性、交界区性、室性）；逸搏性心律（房性、交界区性、室性）。

（2）冲动传导异常：①生理性：干扰与脱节；②病理性：窦房传导阻滞；房内传导阻滞；房室传导阻滞；室内传导阻滞（左束支、右束支）；③房室间传导途径异常：预激证候群。

按快慢分类：

（1）快速性心律失常：①过早搏动（房性早搏、交界区性早搏、室性早搏）；②心动过速（窦性心动过速、室上性心动过速、室性心动过速）；③扑动与颤动（心房扑动、心房颤动、心室扑动、心室颤动）。

（2）缓慢性心律失常：①窦性缓慢性心律失常（窦性心动过缓、窦性停搏、窦房传导阻滞、病态窦房结综合征）；②房室交界性心律；③心室自主心律；④房室传导阻滞；⑤心室内传导阻滞。

34．答：室性早搏心电图特征：①提前出现的、宽大畸形的 QRS 波，时限≥0.12s；②QRS 波前无 P 波，T 波与主波方向相反；③代偿间隙多完全。

35．答：（1）阵发性室上性心动过速：①连续出现≥3 次房性（或交界区性）早搏；②HR：160～220 次/分；③R-R 间期绝对规则。

（2）阵发性室性心动过速：①连续出现≥3 次室性早搏；②HR：140～200 次/分；③R-R 间期略不规则。

36．答：心房颤动心电图特征：①P 波消失，代之以大小不等、形态不依、间距不均的 f 波，频率为 350～600 次/分；②R-R 间期绝对不等；③QRS 波和 T 波呈室上性。

37．答：

Ⅰ级（心功能代偿期）：体力活动不受限制，一般体力活动不出现乏力、心悸、呼吸困难等症状。

Ⅱ级（心功能不全一级）：体力活动轻度受限，一般活动可引起乏力、心悸、呼吸困难等症状。

Ⅲ级（心功能不全二级）：体力活动明显受限，轻度活动即可引起上述症状。

Ⅳ级（心功能不全三级）：体力活动能力完全丧失，休息时也有心悸、呼吸困难等症状。

38．答：①眼底动脉痉挛、变细（Ⅰ级），②动静脉交叉压迫现象（Ⅱ级），③视网膜出血或絮状渗出（Ⅲ

级），④视神经乳头水肿（Ⅳ级）。

39．答：①病理性 Q 波（坏死区波形），②ST 段呈弓背向上型抬高（损伤区波形），③T 波倒置（缺血区波形）。

40．答：①心律绝对不齐；②第一心音强弱不等；③脉搏短绌。

41．答：消化性溃疡上腹痛特点：①慢性病程：有长期反复发作的特点，病程有数年、十余年或更长；②部位：胃溃疡多位于剑突下正中或偏左，十二指肠溃疡常在上腹部偏右；③性质和程度：呈轻度或中等度疼痛，可忍受；为饥饿样或烧灼样疼痛，也可为钝痛、胀痛或剧痛；④节律性：十二指肠溃疡：疼痛—进食—缓解；胃溃疡：进食—疼痛—缓解；⑤周期性发作：发作期与缓解期交替出现，每于秋末冬初易发病，随病情进展发作期渐延长，缓解期渐缩短。

42．答：①上消化道出血；②穿孔；③ 幽门梗阻；④ 癌变。

43．答：肝功能减退的表现：①全身症状：营养状况较差（如消瘦、乏力、精神不振、皮肤干枯、面色晦暗、浮肿等）；有维生素缺乏症（如夜盲、口角炎、舌炎、多发性神经炎等）；②消化道症状：食欲减退、上腹部饱胀不适、恶心、呕吐、腹泻、黄疸等；③出血倾向和贫血：出血（凝血因子合成减少，脾功能亢进）；贫血（营养缺乏，胃肠失血及脾功能亢进）；④内分泌失调：雌激素增多（肝掌、蜘蛛痣、性功能减退、月经失调）；醛固酮、抗利尿激素增多（对腹水的形成起重要作用）；肾上腺皮质功能减退（面部及其他暴露部位皮肤色素沉着）。

44．答：①脾肿大、脾功能亢进（全血细胞减少）。②侧支循环形成。③腹水。

45．答：①食管下段和胃底静脉曲张（可发生上消化道大出血）；②腹壁和脐周围静脉曲张；③痔静脉曲张（形成痔核发生便血）。

46．答：①上消化道出血；②感染；③肝性脑病；④原发性肝癌；⑤肝肾综合征；⑥水、电解质平衡失调。

47．答：① Ⅰ期（前驱期）：有轻微的性格及行为异常。可有扑翼样震颤，脑电图正常。② Ⅱ期（昏迷前期）：以意识模糊、睡眠障碍和行为失常为突出表现。扑翼样震颤明显，脑电图异常。③Ⅲ期（昏睡期）：以昏睡和精神错乱为主。扑翼样震颤明显，脑电图明显异常。④Ⅳ期（昏迷期）：意识完全丧失，不能唤醒。扑翼样震颤引不出，脑电图明显异常。

48．答：①腹痛：是本病的主要表现，多于暴饮暴食、高脂餐、或大量饮酒后突然发生；疼痛性质多为持续性疼痛、阵发行加剧；疼痛的部位与病变部位有关（如胰头部病变，疼痛在右上腹，向右肩、右腰部放射；胰尾部病变，疼痛在左上腹，向左肩、左腰部放射；整个胰腺受累时，疼痛在整个上腹部，向背部放射，呈束带状）。②恶心、呕吐：呕吐频繁，吐后腹痛并不减轻；③发热：多为中度发热，一般持续 3～5 天自退；④体检：体征表现较轻，症状与体征不符；预后良好，多在一周左右好转。

49．答：

（1）呕血与黑便：是上消化道出血的特征性表现；

（2）失血性周围循环衰竭；

（3）发热：24h 内出现（<38.5℃），3～5 天降至正常；

（4）贫血与血象变化：急性出血为正常细胞正色素性贫血，网织红细胞升高，白细胞升高（脾亢不高）；

（5）氮质血症（与肠源性氮质吸收增多和肾小球滤过率降低有关）。

50．答：①在应用抗生素之前或停药 5 天后留取尿标本；②宜取清晨第一次中段尿标本，在 1h 内做细菌培养；③可用 0.1%的新洁尔灭消毒外阴、包皮和尿道口。不可将粪便或其他分泌物、消毒液等混于尿标本中。④成年女性应避免月经与白带混入尿内。

51．答：肾盂肾炎的预防措施有：①加强卫生宣教，做好妇幼保健工作；②多饮水、勤排尿；③消除各种易患因素；④尽量减少导尿，若必须进行时，可用抗菌素预防。

52．答：①尿流不畅，②肾和输尿管畸形或功能缺陷，③解剖和生理因素，④机体抵抗下降等。

53．答：缺铁性贫血的预防措施有：①积极预防和治疗各种导致缺铁性贫血的疾患；②搞好计划生育级妇幼保健；③对婴幼儿、孕妇及哺乳期妇女搞好饮食保健。

54．答：①向患者说明空腹时服用铁剂吸收较好，但有消化道疾病或有胃肠道反应者应于进餐时或餐后服用。②避免与牛奶、茶水同服，以免影响铁的吸收。③口服液体铁剂时须用吸管，避免牙齿染黑。④口服铁剂期间，大便可呈黑色，属于正常情况。⑤有效的最早表现为自觉症状好转，最早的血象改变是网织红细胞上升，治疗 1 周左右，血红蛋白开始上升，8～10 周可达正常。

55．答：①铁摄入不足；②铁吸收障碍；③铁丢失过多（其中以慢性失血最为常见）。

56．答：(1) 急性再障：①起病急，进展快，病程凶险；②出血、感染症状突出，贫血呈进行性加重；③多在起病一年内死亡。④骨髓增生明显减低或极度减低。

(2) 慢性再障：①起病缓慢，病程长；②以贫血为主，出血、感染较轻；③治疗得当可长期缓解。④骨髓可呈灶性增生。

57．答：①针对诱因治疗。②抑制甲状腺激素合成（首选丙基硫氧嘧啶）。③抑制甲状腺激素释放。④应用普耐洛尔。⑤糖皮质激素应用。⑥降温。⑦支持治疗。

58．答：①补液（是首要的、极其关键的措施）；②胰岛素治疗（小剂量速效胰岛素）；③纠正酸中毒和水电解质平衡紊乱；④消除诱因；⑤防治并发症。

59．答：

1 型糖尿病的特点：①多见于青少年，血浆胰岛素抗体多呈阳性；②起病较急，三多一少症状明显，易并发酮症酸中毒；③血清胰岛素水平低，必须依赖外源性胰岛素。

2 型糖尿病特点：①多见于中老年患者，有遗传倾向；②起病缓慢，三多一少症状不明显，易并发脑血管以外；③血清胰岛素水平正常或稍高，不需要依赖外源性胰岛素。

60．答：糖尿病的常见并发症：

急性并发症：①糖尿病酮症酸中毒；②高渗性昏迷；③如酸性酸中毒。

慢性并发症：①心血管病变（冠心病、脑血管病、肾动脉和肢体动脉硬化）；②糖尿病性肾病变（毛细血管间肾小球硬化症、肾动脉硬化、慢性肾盂肾炎）；③眼部病变（视网膜病变）；④神经病变（多发性周围神经炎）；⑤感染。

61．答：胰岛素使用原则：①初治阶段，宜用速效类胰岛素，以探索剂量及快速控制病情；②有严重并发症或血糖波动的糖尿病用速效类胰岛素；③剂量稳定且每日用量在 40u 以下者，可用长效或中效胰岛素；④胰岛素应在饮食治疗的基础上应用；⑤采用高纯度新制剂时剂量应稍小。

62．答：①怕热、多汗（喜冷）、皮肤湿温、低热。②精神、神经系统症状：神经过敏、多语多动、失眠等，重者表现为精神分裂症。可有舌和双手平举前伸时有细震颤，腱反射亢进。③心血管系统：心悸、气促、脉压增大，在静息或睡眠时心率仍增快（持续性心动过速）是甲亢的特征性表现之一，重症者常出现心律失常，甚至导致甲亢性心脏病。④消化系统：食欲亢进而体重锐减是本病特征性表现之一，胃肠蠕动增快，消化吸收不良而使排便次数增多，或腹泻。⑤肌肉运动系统：不同程度的肌无力、肌萎缩和周期性麻痹（如进食、进水发呛，与低钾血症有关）。⑥生殖系统：女性月经失调、闭经、不孕，男性阳痿。⑦血液系统：可有紫癜和轻度贫血。

63．答：浅昏迷对针刺和对用手压眶上缘有痛苦表情及躲避反应，无言语应答，并不能执行简单的命令，

瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射及生命体征无明显改变。深昏迷为自发性动作完全消失，对任何刺激均无反应，瞳孔对光反射、角膜反射、咳嗽反射、吞咽反射等均消失，生命体征常有改变。

64．答：①0 级：完全瘫痪。②1 级：肌肉可收缩，但不能产生动作。③2 级：肢体能在床面上移动，但不能抵抗自身重力，即无能抬起。④3 级：肢体能抵抗重力离开床面，但不能抵抗阻力。⑤4 级：肢体能作抗阻力动作，但未达到正常。⑥5 级：正常肌力。

65．答：二者均见于老年并伴高血压或动脉硬化患者，均可出现神经系统定位症状；但脑出血起病较急，多在活动中发病，常伴头痛、呕吐、昏迷、面色潮红、呼吸深沉带鼾声，常有大小便失禁；脑血栓形成起病较缓，多在安静、睡眠时发病，多无意识障碍，生命体症一般无明显改变；CT 检查可资鉴别。

66．答：（1）上运动神经元性瘫痪：①瘫痪部位以整个肢体为主（如单瘫、偏瘫、截瘫等）；②肌张力增高；③腱反射增强；④病理反射阳性；⑤无肌萎缩、肌束颤动、电变性反应。

（2）下运动神经元性瘫痪：①瘫痪部位以肌群为主；②肌张力减低；③腱反射减低或消失；④无病理反射；⑤肌萎缩明显，有肌束颤动和电变性反应。

67．答：短暂性脑缺血发作的特点：①多见于中老年，有动脉硬化史；②起病突然，历时短暂，症状持续苏恩中或数小时，最长不超过 24h，恢复后无后遗症；③可反复发作，定位症状与缺血部位有关。

68．答：防止再出血，控制脑水肿，维持生命体征和防治并发症。

69．答：癫痫药物治疗原则：①从单一药物开始，剂量有小到大，逐步增加；②一种药物增加到最大且已达有效血药浓度而仍不能控制发作者再加用第二种药物；③偶然发病，脑电图异常而临床无癫痫症状和 5 岁以下，每次发作均有发热的儿童，一般不服抗癫痫药物；④经药物治疗，控制发作 2～3 年，脑电图随访痫性活动消失者可开始逐渐停药，但停药过程不一少于 3 个月。

70．答：①起病与心理社会因素有关。②有一定的素质和人格基础。③无器质性病变的确定证据。④无精神病性症状。⑤一般自知力完好，有明显主观痛苦感，有求治愿望。⑥社会功能受到影响但相对保持完整。⑦主要表现有焦虑、恐怖、强迫、抑郁、疑病和神经衰弱等症状。⑧病程多迁延波动。

71．答：癔病的特点：①患者大多具有癔症性格特征；②发病前常有明显的精神刺激因素；③起病突然，消失快，既往有类似发作史；④症状常有戏剧表演色彩，可因暗示而发生，也可因暗示而消失；⑤客观检查无相应的器质性病变。

72．答：①立即中止接触毒物；②清除进入人体内已吸收或尚未吸收的毒物；③应用特效解毒剂；④积极对症治疗。

73．答：①毒蕈碱样症状；② 烟碱样症状；③中枢神经系统症状；④迟发性神经病；⑤中间综合征。

74．答：①0.5%的氰化可的松眼药水或抗生素眼药水滴眼，以免干燥，感染；②睡时抬高头部，限制水及钠的摄入，并给予适当利尿剂减轻眼部肿胀，流泪；③睡前用抗生素眼膏，并用纱布眼垫保护，防治结膜炎，角膜炎的发生；④外出戴墨镜，防止强光，风沙和灰尘刺激。

75．答：

（1）管理传染源：①对传染病患者，应尽量做到“五早”，即早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。②对传染病接触者，根据所接触的传染病和接触者的健康状况，分别进行医学观察、留验、必要的卫生处理、紧急免疫接种或预防服药。③对病原携带者，定期普查争取早发现，发现病原携带者应做好登记，加强管理，随访观察，必要时进行隔离治疗、调整工作岗位等。④对动物传染源，应根据其病种和经济价值给予隔离、治疗或杀灭。

（2）切断传播途径：消毒是切断传染途径的重要措施。

（3）提高人群免疫力：预防接种对传染病的控制和消灭起着关键作用。

五、论述题

1．答：

（1）诊断：①慢性支气管炎急性发作；②阻塞性肺气肿；③呼吸衰竭（肺性脑病）

（2）治疗原则：①给氧和改善通气； ②纠正酸碱平衡失调；③控制感染；④根据病情需要，选用脱水剂、利尿剂、强心剂等；⑤病愈后坚持作呼吸功能及其他医疗体育锻炼，以恢复呼吸功能。

2．答：

（1）诊断：中毒性肺炎

（2）诊断依据：①成年男性，起病前有明显受凉史；②起病急，有寒战高热和明显呼吸道症状，咳铁锈色痰；③肺实变体征，血象明显增高；④有循环衰竭的表现。

（3）抢救：①体位（中凹卧位）；②吸氧；③扩充血容量（是抗休克最基本的措施）；④纠正酸中毒（碱性药物集中先行输入）；⑤血管活性药物应用（单独一路静脉输入，维持收缩压在 90～100mmHg）；⑥糖皮质激素应用；⑦抗菌药物应用。

3．答：

（1）抢救：①立即置患者于头低足高位或抱起患者双腿呈倒立位；②保持气道通畅。③高流量吸氧。④止血。⑤必要时行人工呼吸。

（2）预防传播：①早期发现，早期化疗，控制传染源；②固定用具或餐具、定时消毒；③不要随地吐痰，不要吞咽痰液，痰吐在纸上放入火内焚烧，或吐在加有消毒灵的痰杯内浸泡 1h 灭菌；④咳嗽、打喷嚏时应以手纸等掩住口鼻；⑤被褥、书籍在强烈日光下曝晒 2h；⑥室内隔日用 15 瓦紫外线灯照射 2h，切断传播途径；⑦加强营养，增加机体的抵抗能力。

4．答：

（1）诊断：①高血压病（III期）；②并发急性左心衰；③陈旧性广泛心肌梗死。

（2）处理原则：①体位：采用坐位，两腿下垂，减少静脉回流；②镇静：首选吗啡；③吸氧：酒精抗泡沫给氧；④减轻心脏负荷：快速利尿，扩血管。

5．答：

（1）诊断：急性胰腺炎（水肿型）

（2）诊断依据：①中年女性，体胖，有胆道疾患史；②起病急，起病前有进脂肪餐史；③有上腹部持续性疼痛、阵发性加剧及缓解的方式等特征，体检有症状与体征不符的特点；④血淀粉酶明显升高。

（3）治疗原则：①抑制胰腺分泌；②解痉镇痛；③抗感染；④胰酶抑制剂应用；⑤防止并发症。

6．答：

（1）诊断：十二指肠溃疡合并大出血

（2）诊断依据：①中年男性，有慢性节律性、周期性上腹部疼痛史；②有上消化道出血表现及实验室证据；③可排除肝、胆道疾患所致上消化道出血。

（3）治疗原则：卧床休息，可进流质饮食；补充血容量；积极止血（有条件可行内镜下止血）；择期手术。

7．答：

（1）诊断：急性肾盂肾炎

（2）确诊：须做尿细菌学检查。

（3）尿标本采集：①在应用抗生素之前或停药 5 天后留取尿标本；②宜取清晨第一次中段尿标本，在 1h 内做细菌培养；③可用 0.1%的新洁尔灭消毒外阴、包皮和尿道口。不可将粪便或其他分泌物、消毒液等混于

尿标本中。④成年女性应避免月经与白带混入尿内。

8．答：

（1）诊断：慢性失血性贫血（缺铁性贫血）

（2）指导用药：①向患者说明空腹时服用铁剂吸收较好，但有消化道疾病或有胃肠道反应者应于进餐时或餐后服用。②避免与牛奶、茶水同服，以免影响铁的吸收。③口服液体铁剂时需用吸管，避免牙齿染黑。④口服铁剂期间，大便可呈黑色，属正常情况。⑤有效的最早表现为自觉症状好转，最早的血象改变是网织红细胞上升，治疗 1 周左右，血红蛋白开始上升，8～10 周可达正常。

9．答：

（1）初步诊断：弥漫性甲状腺肿伴甲亢（Graves 病）

（2）诊断依据：①中年女性，在受到精神刺激后起病；②高代谢症状：怕热、多汗、多食、消瘦，大便次数增多，明显乏力、低热；③神经兴奋性增高：烦躁易怒、失眠、手颤；④心率增快、第一心音亢进；⑤眼球突出、眼裂增宽；⑥甲状腺弥漫性重大，有杂音及震颤；

（3）突眼护理：用 0.5%的氰化可的松眼药水或抗生素眼药水滴眼，以免干燥，感染；睡时抬高头部，限制水及钠的摄入，并给予适当利尿剂减轻眼部肿胀，流泪；睡前用抗生素眼膏，并用纱布眼垫保护，防治结膜炎，角膜炎的发生；外出戴墨镜，防止强光，风沙和灰尘刺激。

10．答：

（1）初步诊断：脑血栓形成

（2）诊断依据：①老年，有动脉硬化史；②近期有频发短暂性脑缺血发作史；③夜间起病，晨起发现；④无意识障碍，生命体征无明显改变；⑤有颈内动脉系统梗塞的表现；

（3）治疗原则：①一般治疗；②溶栓治疗；③调整血压；④抗脑水肿降低颅内压；⑤改善脑的血液供应；⑥抗凝治疗；⑦血管扩张剂应用。

11．答：

（1）诊断：①高血压心脏病、心房纤颤、心功能Ⅳ级；②高血压病 2 级，（极高危组）；③左肺感染

（2）诊断依据：①男、50 岁，高血压病史 20 余年（血压维持在 170/100mmHg 左右）；②心脏增大表现；③有心房纤颤的体征；④有右心衰的体征；⑤有左肺感染的证据。

（3）治疗原则：①病因治疗：合理引用降压药物；②心衰治疗：减轻心脏负担（吸氧、利尿、扩血管），改善预后、降低病死率；③对症治疗：控制感染。

12．答：

（1）诊断：①急性前间壁心肌梗死；②频发室性早搏；③心功能Ⅰ级

（2）诊断依据：①老年、男性，典型心绞痛史 3 年，此次发作休息和药物均不能缓解，有长期吸烟史；②心电图示急性前间壁心肌梗塞，频发室性早搏。

（3）进一步检查：①心电监护；②CPK-MB；③凝血功能检查，血脂、血糖、肾功、超声心动图。

（4）治疗原则：①ICU 监护；②溶栓治疗；③对症治疗（包括镇痛、给氧、消除早搏）；④一般治疗。

外科护理学题型示例参考答案

一、名词解释

1．低钾血症：血清钾低于 3.5mmol/L 称为低钾血症。

2．高钾血症：血清钾高于 5.5mmol/L 称为高钾血症。

3．代谢性酸中毒：凡因代谢性因素造成血 HCO_3^- 原发性降低，引起血 pH 值降低者称之。

4．休克：指受到强烈的致病因素侵袭后，机体的有效循环血量减少、组织灌注不足、细胞缺血缺氧而致功能受损的临床综合征。

5．有效循环血量：指单位时间内通过心血管系统循环的血量，约占全身血容量的 80%～90%。

6．中心静脉压：代表右心房或胸腔内上、下腔静脉的压力，正常值为 5～10cmH_2O（0.49～0.98kPa）。

7．急性肾衰竭：由肾脏本身或肾外因素使肾实质破坏，造成肾功能急性障碍而产生的临床综合征。

8．少尿：成人尿量少于 400mL/24h 称为少尿。

9．无尿：成人尿量少于 100mL/24h 称为无尿。

10．氮质血症：体内尿素氮（BUN）、肌酐（Cr）等代谢产物不能排出，导致血 BUN、Cr 增加，称氮质血症。

11．心脏骤停：指各种原因导致的心脏突然停止搏动，有效泵血功能消失，引起全身组织器官严重缺血、缺氧。

12．复苏：凡为挽救垂危生命所采取的紧急医疗措施的统称。

13．心肺复苏（CPR）：针对呼吸和循环骤停所采取的一系列抢救措施。

14．生存链：①立即识别心脏骤停并启动急救系统；②尽早进行 CPR，着重于胸外按压；③快速除颤；④有效的高级生命支持；⑤综合的心脏骤停后治疗。

15．外科感染：指需要外科治疗的感染性疾病，以及发生在创伤、手术、器械检查后的感染。

16．急性感染：病程＜3 周的感染性疾病称之。

17．特异性感染：指由一些特殊的细菌、真菌等引起的感染，该感染的特点是不同的病菌分别引起比较独特的病变。

18．非特异性感染：又称化脓性感染或一般感染，可由一种或几种病菌共同导致，有一般感染的共同特征，即红、肿、热、痛和功能障碍。

19．条件性感染：是指在人体局部或（和）全身抵抗力降低的条件下，原居于人体内的一些未致病的菌群可以变成致病菌引起感染。

20．疖：单个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染，致病菌主要为金黄色葡萄球菌。

21．痈：多个相邻的毛囊及其周围组织的急性化脓性感染，或由多个疖融合而成；致病菌主要为金黄色葡萄球菌。

22．急性蜂窝织炎：指发生于皮下、筋膜下、肌间隙或深部疏松结缔组织的一种急性弥漫性化脓性感染，致病菌以乙型溶血性链球菌为主。

23．丹毒：指皮肤及其网状淋巴管的急性炎症，由乙型溶血性链球菌引起。

24．脓性指头炎：指手指末节掌面皮下组织的化脓性感染，致病菌主要为金黄色葡萄球菌。

25．破伤风：由破伤风芽孢梭菌侵入人体伤口，生长繁殖，产生毒素所引起的一种急性特异性感染。

26．损伤：外界致伤因素作用于机体造成的组织破坏和生理功能障碍。

27．创伤：指机械性致伤因素作用于人体所造成的组织破坏和生理功能障碍。

28．烧伤：由热力、化学物品、电流、放射线等作用于人体所引起的损伤，以热力烧伤多见，约占 80%。

29．颅内压：颅腔内容物对颅腔壁产生的压力，称为颅内压（ICP）。

30．颅内压增高：当颅腔内容物体积增加或颅腔容积减少超过颅腔可代偿的容量，使颅内压持续高于 2.0kPa（20cmH_2O），并出现头痛、呕吐、视神经乳头水肿等临床症状时，称之。

31．颅高压三主征：指颅内压增高时出现的头痛、呕吐、视神经乳头水肿。

32．库欣反应：颅内压增高早期出现的血压升高，以收缩压升高为主，脉搏慢而有力，呼吸深而慢（二慢一高）的这种典型表现称之。

33．脑疝：当颅内压增高到一定程度时，尤其是占位性病变使颅腔各分腔之间压力不平衡，脑组织从高压力区向低压力区移位，导致脑组织、血管及颅神经等重要结构受压和移位，有时被挤入间隙或孔道中，从而出现一系列严重临床症状和体征，称为脑疝。

34．原发性脑损伤：是指外界暴力作用于头部时发生的脑损伤，如脑震荡、脑挫裂伤等。

35．脑震荡：头部受暴力作用后，立即出现短暂的大脑功能障碍，但无明显脑组织器质性损害。

36．逆行性遗忘：意识恢复后多不能回忆受伤当时及伤前一段时间内的事情，称之。

37．脑挫裂伤：指暴力作用于头部引起大脑皮层的器质性损害，包括脑挫伤和脑裂伤。

38．中间清醒期：原发性颅脑损伤后立即引起的意识障碍与颅内血肿形成后引起的再度昏迷之间意识清醒的时间，即原发性昏迷—清醒—继发性昏迷。

39．甲状腺功能亢进：简称甲亢，是由于多种原因引起甲状腺激素分泌过多所致的临床综合征。

40．急性乳房炎：指乳房的急性化脓性感染，多发生于产后 3～4 周的哺乳期妇女，初产妇多见，致病菌主要为金黄色葡萄球菌。

41．反常呼吸运动：多根多处肋骨骨折时引起局部胸壁软化，软化区胸壁吸气时向内凹陷；呼气时向外凸出，这种和正常胸壁活动相反的现象称为反常呼吸运动。

42．损伤性气胸：创伤后空气经伤口进入胸膜腔，称为损伤性气胸。

43．闭合性气胸：空气经胸部伤口或肺、支气管破裂口一次进入胸膜腔后，伤口闭合，称为闭合性气胸。

44．开放性气胸：胸壁有开放性伤口，呼吸时空气经伤口自由出入胸膜腔，称为开放性气胸。

45．张力性气胸：胸部损伤后，胸壁伤口或肺、支气管裂口呈单向活瓣，气体只能进入胸膜腔而不能排出体外，使胸膜腔内压力不断升高，形成张力性气胸，又称高压性气胸。

46．血胸：系指胸部损伤导致的胸膜腔积血。

47．急性化脓性腹膜炎：简称为急性腹膜炎，是由细菌感染、腹部损伤、化学刺激等引起的腹膜急性炎症性疾病。

48．原发性腹膜炎：指腹膜腔内无原发病灶，细菌经血液循环、淋巴途径或女性生殖道侵入腹膜腔所引起的急性腹膜炎。

49．继发性腹膜炎：指在腹腔内某些疾病或损伤的基础上发生的急性腹膜炎。

50．腹膜刺激征：腹肌紧张、压痛和反跳痛，三者合称腹膜刺激征，是腹膜炎最重要的体征

51．腹外疝：腹内器官或组织经腹壁薄弱点或缺损处向体表突出而形成的局部包块。

52．滑动性疝：指腹腔内间位器官进入疝囊并成为疝囊壁的一部分而形成的疝。

53．嵌顿性疝：指疝环较小而腹内压突然增高时，较多的疝内容物强行扩张疝环挤入疝囊，随后由于疝环的弹性回缩，使疝内容物被卡住而不能回纳。

54．肠梗阻：肠内容物的正常运行或通过发生障碍。

55．机械性肠梗阻：由于肠腔阻塞、肠管受压、肠壁病变等引起肠腔变窄而使肠内容物通过发生障碍。

56．动力性肠梗阻：由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌功能紊乱，但无器质性的肠腔狭窄。

57．血运性肠梗阻：由于肠系膜血管栓塞或血栓形成，使肠管血运障碍，继而发生肠麻痹使肠内容物不能运行。

58．粘连性肠梗阻：为肠粘连或肠管被粘连带压迫所致的肠梗阻，为最常见的肠梗阻类型。

59．痔：指直肠下端粘膜下和肛管皮肤下的静脉丛扩张、迂曲、淤血所形成的曲张静脉团块。

60．内痔：位于齿状线上方，由直肠上静脉丛扩张、迂曲而成，表面覆盖直肠粘膜，好发于直肠肛管的左侧、右后、右前处，即截石位 3、7、11 点钟处。

61．外痔：位于齿状线下方，由直肠下静脉丛扩张、迂曲而成，表面覆盖肛管皮肤。

62．混合痔：为同一部位的直肠上、下静脉丛扩张、迂曲、融合而形成的痔。

63．血栓性外痔：当用力排便时导致皮下静脉丛破裂，病人肛门处突然发生剧痛，检查可见触痛明显、边界清楚的暗紫色肿块者称之。

64．Charcot 三联征：当胆总管结石阻塞胆管并继发感染时出现的右上腹绞痛、寒战高热、黄疸三者并存。

65．Reynolds 五联征：急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）时出现的右上腹持续性绞痛、寒战高热、黄疸、休克和神经精神症状（或意识障碍）。

66．下肢静脉曲张：下肢表浅静脉因血液回流障碍而引起的迂曲和扩张。晚期常并发小腿慢性溃疡和感染。

67．间歇性跛行：血栓闭塞性脉管炎病人在行走一定距离后出现小腿肌肉抽痛，被迫停下来，休息后疼痛缓解，但再行走后又可发作，这种现象称为间歇性跛行，是局部缺血期的典型表现。

68．肾绞痛：肾内小结石造成肾盏颈部或肾盂输尿管连接处梗阻时，可产生的突发性剧痛，呈阵发性，可放射至同侧下腹部、外生殖器及大腿内侧者，称之。

69．骨折：骨的完整性和连续性中断。

70．病理性骨折：骨骼疾病如骨髓炎、骨肿瘤所致的骨质破坏，使骨骼受轻微外力或在正常活动中即可发生骨折。

71．开放性骨折：骨折处皮肤或黏膜破损，骨折端与外界相通，常伴有不同程度的污染而致继发感染。

72．稳定性骨折：指骨折端不易移位或复位后在适当外固定下不易发生再移位的骨折，如不完全骨折、横断骨折、嵌插骨折等。

73．脂肪栓塞综合征：多发生于成年人，由于骨折断端髓腔内血肿张力过大，骨髓破坏后脂肪滴进入破裂的静脉窦内，可引起肺、脑脂肪栓塞。临床上表现为呼吸困难、发绀、昏迷甚至死亡。

74．骨筋膜室综合征：多见于前臂和小腿，是由于骨筋膜室内压力增高，局部肌肉和神经急性缺血，肢体出现剧痛、肿胀、皮肤苍白/发绀、功能障碍等一系列综合征。

75．缺血性肌挛缩：肢体重要血管损伤后使肢体血液供应不足，或因肢体肿胀和包扎过紧，造成肌群缺血性变性、坏死、机化形成瘢痕组织而逐渐挛缩导致的严重残废。

76．复位：将移位的骨折段恢复正常或接近正常的解剖位置，重建骨的支架作用。

77．关节脱位：构成关节的关节面对合关系失常，称为关节脱位（脱臼）。

78．习惯性脱位：创伤性脱位使关节囊和关节周围韧带撕裂或撕脱，如处理不当易形成关节周围软组织松弛或薄弱，以后每遇较轻外力作用可反复发生脱位。

79．病理性脱位：关节结核或化脓性关节炎等疾病使关节结构破坏而发生的脱位。

80．新鲜脱位：脱位时间≤3 周者。

81．半脱位：关节面对合关系部分失常的脱位。

82．弹性固定：关节脱位使其周围肌肉痉挛，关节囊、韧带扭曲牵拉，从而固定受伤局部于畸形状态，在被动活动时可感到一定弹性抗力，称为弹性固定。

83．杜加（Dugas）试验：在肩关节脱位时，被动置患侧手掌于健侧肩部，则患侧肘部不能贴近胸壁；

或将患侧肘部贴近胸部，则手掌不能搭至健肩，称为 Dugas 试验阳性。

84．急性血源性骨髓炎：在外伤或疾病使局部抵抗力下降的情况下，身体其他部位感染病灶内细菌，经血液循环至长骨干骺端引起骨髓、骨质、骨膜的急性化脓性感染。

85．肿瘤：机体正常细胞在体内、外多种有害因素长期作用下，发生过度增生和异常分化所形成的新生物。

86．交界性肿瘤：又称为临界性肿瘤，肿瘤组织形态上属良性，但常浸润性生长，切除后易复发甚至转移，其生物学行为界于良性与恶性之间者。

87．根治性手术：将肿瘤所在器官的大部分或全部，连同周围组织和区域淋巴结整块切除。

88．姑息性手术：指仅切除原发病灶，或将原发病灶旷置。手术的目的是以缓解症状，改善生活质量，延长生命。

89．酒窝征：癌肿侵犯连接皮肤与腺体的库柏（Cooper）韧带，使之缩短，可使癌肿表面皮肤凹陷，状似酒窝样，称为“酒窝征”。

90．橘皮样变：癌肿继续增大与皮肤广泛粘连，造成皮内或皮下淋巴管被癌细胞堵塞时，可出现皮肤淋巴水肿，在毛囊处形成许多点状凹陷，使皮肤形成“橘皮样”改变，称为橘皮样改变。

91．早期胃癌：指病变仅限于黏膜或黏膜下层，无论病灶大小和有无淋巴转结移。

92．Miles 术：又称经腹会阴联合根治术，适用于腹膜返折以下（肛缘 7cm 以内）的直肠癌，不能保留肛门，需在左下腹作永久性结肠造口（人工肛门）。

93．Dixon 手术：又称经腹直肠癌切除术：是目前应用最多的直肠癌根治术，适用于腹膜返折以上（距齿状线 5cm 以上）的直肠癌，保留肛门，可控制排便。

二、单项选择题

1．A	2．A	3．D	4．D	5．B	6．B	7．C	8．C	9．A	10．C
11．D	12．B	13．C	14．C	15．C	16．B	17．B	18．B	19．B	20．C
21．A	22．D	23．D	24．B	25．C	26．A	27．A	28．B	29．D	30．B
31．A	32．D	33．D	34．A	35．B	36．B	37．A	38．B	39．C	40．D
41．D	42．D	43．C	44．A	45．C	46．B	47．A	48．A	49．D	50．D
51．C	52．A	53．B	54．C	55．D	56．D	57．D	58．B	59．D	60．D
61．C	62．B	63．B	64．D	65．C	66．C	67．A	68．B	69．B	70．A
71．A	72．C	73．A	74．A	75．A	76．B	77．D	78．C	79．B	80．A
81．B	82．D	83．A	84．B	85．D	86．B	87．D	88．D	89．C	90．D
91．B	92．D	93．D	94．D	95．B	96．C	97．C	98．D	99．C	100．B
101．C	102．A	103．B	104．C	105．A	106．B	107．C	108．D	109．B	110．B
111．A	112．D	113．A	114．A	115．A	116．A	117．D	118．D	119．D	120．C
121．D	122．B	123．C	124．D	125．A	126．D	127．D	128．C	129．A	130．A
131．B	132．B	133．A	134．B	135．B	136．C	137．D	138．D	139．C	140．A
141．C	142．B	143．B	144．B	145．A	146．B	147．D	148．D	149．D	150．C
151．D	152．B	153．A	154．B	155．D	156．D	157．D	158．C	159．D	160．D
161．C	162．A	163．B	164．B	165．D	166．C	167．C	168．C	169．D	170．A
171．D	172．D	173．C	174．A	175．C	176．D	177．C	178．A	179．C	180．D
181．C	182．D	183．D	184．C	185．C	186．D	187．B	188．B	189．A	190．D

191．C　192．D　193．C　194．A　195．D　196．B　197．D　198．C　199．C　200．B
201．A　202．D　203．A　204．C　205．C　206．D　207．C　208．A　209．B　210．C
211．B　212．C　213．D　214．A　215．C　216．D　217．D　218．A　219．D　220．A
221．B　222．C　223．C　224．B　225．B　226．A　227．C　228．C　229．B　230．A
231．C　232．C　233．B　234．A　235．D　236．D　237．D　238．C　239．B　240．A
241．A　242．D　243．B　244．A　245．C　246．A　247．D　248．A　249．B　250．A
251．C　252．B　253．D　254．B　255．B　256．D　257．C　258．A　259．A　260．C
261．D　262．A　263．C　264．C　265．D　266．A　267．D　268．C　269．B　270．A
271．D　272．D　273．B　274．B　275．A　276．A　277．B　278．B　279．C　280．D
281．D　282．B　283．B　284．D　285．B　286．A　287．B

三、判断题

1．×　2．√　3．√　4．√　5．×　6．×　7．×　8．×　9．√
10．√　11．×　12．×　13．√　14．×　15．√　16．√　17．×　18．×
19．√　20．×　21．×　22．×　23．×　24．×　25．√　26．√　27．×
28．√　29．×　30．×　31．×　32．√　33．×　34．×　35．×　36．√
37．√　38．×　39．√　40．×　41．√　42．×　43．√　44．√　45．×
46．√　47．×　48．×　49．×　50．√　51．√　52．×　53．×　54．×
55．√　56．×　57．×　58．√　59．×　60．×　61．√　62．√　63．×
64．√　65．×　66．×　67．√　68．√　69．×　70．×　71．×　72．√
73．×　74．√　75．×　76．×　77．√　78．×　79．×　80．×　81．×
82．√　83．×　84．√　85．√　86．×　87．×　88．√　89．×　90．×
91．√　92．√　93．√　94．×　95．√　96．√　97．√　98．×　99．×
100．×101．×　102．√　103．√　104．√　105．×　106．√　107．×　108．√
109．√110．×　111．√　112．√　113．√　114．×　115．√　116．√　117．×
118．×119．×　120．√　121．×　122．×　123．×　124．√　125．×　126．√
131．√132．√　133．×　134．×　135．√　136．√　137．√　138．√　139．×
140．√141．×　142．√　143．×　144．√　145．√　146．×　147．√　148．×
149．√150．√　151．×　152．√　153．√　154．×　155．√

四、简答题

1．答：见下表

程度	临床表现	失水量占体重比例
轻度	口渴，无其他症状	2%～4%
中度	严重口渴，并出现皮肤黏膜干燥、皮肤弹性下降、眼窝内陷等缺水症状，尿量少、密度高等	4%～6%
重度	缺水症状加重，伴有躁狂、惊厥、发热、神志不清甚至昏迷等，还可出现循环障碍的表现	6%以上

2．答：见下表

程度	临床表现	血清钠（mmol/L）	缺钠（g/kg 体重）
轻度	头晕、乏力、手足麻木等低钠表现，尿量正常或增多、尿密度低	130～135	0. 5
中度	除低钠表现外，还有消化道症状及循环功能异常的表现，如恶心呕吐、皮肤弹性下降、眼球内陷、脉搏细速、血压下降、站立性晕倒，尿量减少、密度低	120～130	0. 5～0. 75
重度	低钠表现加重，并出现表情淡漠、木僵、昏迷等神经系统症状，常发生休克	＜120	0. 75～1. 25

3．答：①肌无力（为最早的症状），先是四肢软弱无力，后波及躯干及呼吸肌，病人可出现吞咽困难、呛咳、呼吸困难甚至窒息等；还可有腱反射减弱或消失，严重时出现软瘫。②厌食、恶心呕吐、腹胀、肠蠕动减弱或消失。③心悸、心动过速、心律不齐、血压下降，严重时出现心室纤颤而停搏。④代谢性碱中毒及反常酸性尿。

4．答：一般遵循先盐后糖；先晶后胶；先快后慢；交替输入；尿畅补钾的原则进行。

5．答：①尿畅补钾：尿量＞40mL/h 时方可补钾；②浓度不过高：钾盐浓度≤0.3%；③速度不过快：成人静滴速度≤60 滴/分；④补钾不过量：严重缺钾者每天补钾总量≤6～8g；⑤严禁静脉推注。

6．答：①呼吸深快（典型表现），有时呼气有烂苹果味（酮味）；②心律不齐，心音较弱、血压偏低，面部潮红，口唇樱红色（但休克时发绀）；③头痛、头昏、嗜睡，甚至昏迷。

7．答：精神兴奋、烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷，脉搏细速（脉搏加快尚有力）、收缩压变化不大而脉压缩小，尿量正常或稍微减少。

8．答：表情淡漠、反应迟钝或神志不清，皮肤黏膜发绀或出现花斑，四肢厥冷，脉搏细速、血压下降且脉压更小，呼吸急促，尿量更少或无尿，出现代谢性酸中毒。

9．答：①应用血管活性药应从低浓度慢速开始；②按药量、浓度严格掌握输液速度，使血压维持稳定。③血管扩张药必须在扩容和纠正酸中毒的基础上使用。④静脉滴注血管收缩药时，要严防液体外渗造成局部组织坏死。⑤强心剂使用过程中应注意观察心律变化及药物副作用。

10．答：一般持续 7～14 日。尿量突然减少至 400mL/d 以下；水中毒；电解质紊乱（高钾、高镁、高磷、低钠、低氯、低钙）；代谢性酸中毒；氮质血症和尿毒症；出血倾向。

11．答：①严格限制入水量：防治水中毒的根本措施。原则为“量出为入”，每天补液量＝显性失水量＋不显性失水量－内生水量。②给予高热量、高维生素、低蛋白、低钾饮食。③纠正电解质、酸碱平衡紊乱，重点是纠正高钾血症。④防治感染。⑤透析疗法的护理。

12．答：①患者取半卧位；②严格无菌操作，防止感染；③硅胶管内不得有空气进入；④勿使引流管高于透析管；⑤记录每次注入和排出的液体量；⑥保持引流管通畅。

13．答：心肺初期复苏的基本步骤包括：胸外按压、开放气道、人工呼吸、电除颤。

14．答：BLS 的有效标志是：①瞳孔由大变小，对光反应恢复；②发绀消退，面色开始转为红润；③脑功能开始恢复：患者开始挣扎，肌张力增加，出现吞咽动作等；④自主呼吸与自主心跳恢复。

15．答：胸外心按压的注意事项：①按压频率：至少 100 次/min。②按压深度：至少 5cm。③单人/双人施救按压与呼吸比例均为 30:2（儿童与婴幼儿：单人施救比例为 30:2，双人施救比例为 15:2）。④保证每次按压后胸廓回弹。⑤避免和减少按压的中断，尽可能使中断时间控制在 10s 以内。⑥按压部位要准确，按压力要均匀适度，按压姿势要正确。

16．答：纠正部分引起心脏骤停的因素、防治心律失常等。

17．答：①供氧：包括吸氧和高压氧治疗。②低温疗法。③脑复苏药物的应用：如冬眠药物、脱水剂、糖皮质激素、改善脑细胞代谢药物等。

18．答：破伤风分为潜伏期（一般为 6～10d）、前驱期（一般持续 12～24h）和发作期（一般持续 3～4w）。发作期典型表现为：肌肉持续性收缩的基础上发生阵发性痉挛，依次表现为张口困难、牙关紧闭、“苦笑面容”、颈项强直、“角弓反张”、呼吸困难或窒息。其特点为任何轻微刺激均可诱发剧烈抽搐，神志始终清醒，一般无高热，大量出汗。

19．答：消除毒素来源，中和游离毒素，控制并解除痉挛，防治并发症。

20．答：创伤现场急救原则：保存生命第一，恢复功能第二，顾全解剖完整性第三。具体措施　心肺复苏、保持呼吸道通畅、控制出血、包扎伤口、骨折固定和尽快转送。

21．答：烧伤深度估计的依据见下表

深度分类	临 床 表 现	局部感觉
Ⅰ度	红斑、轻度红、肿，干燥，无水疱	灼痛感
浅Ⅱ度	水疱较大、疱皮薄，去疱皮后创面潮湿、鲜红、水肿明显	剧痛、感觉过敏
深Ⅱ度	水疱小、疱皮厚，基底苍白、水肿、干后可见网状栓塞血管	痛觉迟钝
Ⅲ度	蜡白、焦黄或炭化，呈皮革状，干后可见树枝状栓塞血管	痛觉消失

22．答：消除致伤原因；保护创面；预防休克；保持呼吸道通畅；迅速转运。

23．答：烧伤病人休克期补液量为：伤后第一个 24h，每 1%烧伤（Ⅱ°＋Ⅲ°）面积补含钠晶体液和胶体液，成人 1.5mL/kg，儿童 1.8mL/kg，婴儿 2.0mL/kg；基础需水量成人为 2000～2500mL。补液公式为：补液量=烧伤面积（%）×体重（kg）×1.5mL＋2000～2500mL。伤后第二个 24h，胶体液、含钠晶体液均为第一个 24h 实际用量的 1/2，基础需水量不变。

24．答：烧伤病房的管理要求为：①具有良好的消毒隔离条件；②专人护理，严格隔离；③定时空气消毒；④室内温度保持 28～32℃，相对湿度 50%左右；⑤病室配备抢救设备、用品及药物。

25．答：脑损伤时配合急救的护理措施：①保持呼吸道通畅；②降低颅内压；③妥善处理伤口；④作好记录（受伤经过、初期检查发现、急救处理经过、病情演变过程等）。

26．答：头皮血肿较小者可自行吸收；较大者可在严格无菌条件下行血肿穿刺抽血，然后加压包扎。头皮裂伤现场应立即加压包扎止血，尽早（伤后 24h 以内）清创缝合，同时应用抗生素和 TAT。

27．答：颅前窝骨折：眼眶青紫（熊猫眼征），球结膜下出血（兔眼征），皮下气肿；脑脊液鼻漏或从口腔内流出；出现第Ⅰ、Ⅱ对脑神经损伤征象。颅中窝骨折：乳突区皮下或咽后壁淤血；脑脊液耳漏或鼻漏，出现第Ⅶ、Ⅷ对脑神经损伤征象。

28．答：神志清醒者，取半坐卧位，昏迷者床头抬高 30°患侧卧位，维持此体位至停止脑脊液漏后 3～5 天。具体措施要点：①保持局部清洁；②估计漏出脑脊液的量；③禁忌腰椎穿刺，鼻腔、外耳道的堵塞、冲洗和滴药，脑脊液鼻漏者严禁在鼻腔放置各种导管；④避免用力咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕及用力排便。⑤按医嘱应用抗生素和 TAT，预防颅内感染。

29．答：脑震荡的临床表现：受伤后立即出现意识障碍，一般持续不超过 30 分钟。逆行性健忘。清醒后常有头痛、头晕、恶心呕吐、失眠、情绪不稳定、记忆力减退等症状。神经系统检查无阳性表现，颅内压测定、脑脊液化验和 CT 检查无异常。

30．答：脑挫裂伤的临床表现：①意识障碍，时间超过 30min；②局灶体征（+）；③生命体征改变，可出现急性颅内压增高症状；④有脑膜刺激征；⑤脑脊液为血性，CT 检查有异常改变。

31．答：①意识障碍：典型的表现是“中间清醒期”。但如原发性脑损伤严重，可有持续昏迷，且进行性加重。也有原发性脑损伤轻，无原发性昏迷，至血肿形成后出现继发性昏迷。②较早出现颅内压增高及脑疝症状。③CT 检查可明确。

32．答：①颅高压三主征：头痛、呕吐、视神经乳头水肿；②意识障碍；③生命体征明显改变；④其他：外展神经麻痹或复视、头晕、猝倒，婴幼儿可见囟门饱满、骨缝分离，持续颅内压增高还可引起胃肠道功能紊乱和脑疝。

33．答：①用药前观察记录生命体征、神经系统体征、瞳孔及意识状态等。②药物最好静脉滴注。③在冬眠降温期间，不宜翻身和移动身体。④物理降温应待冬眠药物应用半小时后施行。⑤降温速度应以每小时下降 1℃为宜，肛温降至 32～34℃较为理想。⑥留置尿管，记录出入量，静脉补液，维持水、电解质和酸碱平衡。⑦冬眠低温疗法一般进行 3～5 日，停止治疗时，应先停物理降温，再逐渐停用冬眠药物。⑧冬眠低温治疗期间应注意预防冻伤、压疮及肺部感染等并发症。

34．答：①继发性甲亢；②高功能腺瘤；③中度以上的原发性甲亢；④腺体较大伴压迫症状，或胸骨后甲状腺肿合并甲亢；⑤抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗后复发者。

35．答：①呼吸困难和窒息；②喉返神经损伤；③喉上神经损伤；④手足抽搐；⑤甲状腺危象。

36．答：①纠正乳头内陷；②保持乳头清洁；③处理乳头破损；④养成良好的哺乳习惯。

37．答：闭合性气胸的临床表现：肺萎缩＜30%者，病人多无明显症状；肺萎缩＞30%者出现胸闷、胸痛和气促；检查气管移向健侧，伤侧叩诊呈鼓音，呼吸音减弱或消失。

防治要点有：肺萎缩＜30%者不需特殊治疗；肺萎缩＞30%者可经患侧锁骨中线第 2 肋间行胸膜腔穿刺抽气或放置胸膜腔闭式引流，同时用抗生素预防感染。

38．答：患者显著呼吸困难，可有发绀甚或休克。检查胸壁有伤口，可听到空气进出伤口的响声，伤侧胸部饱满，气管移向健侧，叩诊呈鼓音，呼吸音消失。急救应立即封闭伤口，使其变为闭合性气胸，然后穿刺抽气减压。

39．答：临床上极度呼吸困难，端坐呼吸，发绀，常有休克，甚至窒息。伤侧胸部饱满，肋间隙增宽，呼吸幅度减低，可有皮下气肿。叩诊呈高度鼓音，呼吸音消失。X 线检查可明确。急救应立即于患侧锁骨中线第 2 肋间穿刺排气减压。

40．答：①保持管道的密闭。②严格无菌操作，防止逆行感染。③保持引流管道系统通畅。④观察玻璃管水柱随呼吸波动的幅度。⑤观察记录引流液的量、颜色和性状。⑥妥善固定引流管。⑦体位与活动：血压平稳应采取半卧位；鼓励病人进行咳嗽、深呼吸运动。⑧拔管指征：胸膜腔引流后，如 24～48h 内水柱停止波动，临床观察无气体逸出，或引流量明显减少且颜色变浅，即 24h 引流液＜50mL，脓液＜10mL，经 X 线检查肺部正常，病人无呼吸困难，即可拔管。

41．答：腹部体征：①明显腹胀、腹式呼吸减弱或消失；②腹肌紧张、腹部压痛和反跳痛，三者合称腹膜刺激征（最重要）；③叩诊鼓音，肝浊音界缩小或消失，移动性浊音（+）；④肠鸣音减弱或消失。

42．答：对原发性腹膜炎和炎症较局限、症状较轻、全身情况良好的继发性腹膜炎可采用非手术治疗。具体措施包括：半卧位，禁食、胃肠减压，输液输血，应用有效抗生素，对症处理。

43．答：胃十二指肠溃疡急性穿孔、急性大出血、瘢痕性幽门梗阻、胃溃疡癌变或可疑癌变、长期内科治疗无效者。

44．答：患者突发上腹部刀割样剧痛，迅速蔓延至全腹，但仍以上腹为重。常伴恶心呕吐、面色苍白、出冷汗、甚至休克。早期腹肌呈“板样”强直，全腹明显压痛和反跳痛，肠鸣音消失。立位 X 线腹部检查多数可见膈下游离气体，腹腔穿刺可抽出黄色混浊液体。

45．答：见下表

	斜　　疝	直　　疝
发病年龄	儿童及青壮年男性多见	老年男性多见
突出途径	经腹股沟管外突	经直疝三角
包块位置	腹股沟部或进入阴囊（女性进入大阴唇）	耻骨结节外上方，不进入阴囊
疝块外形	局限于腹股沟部呈椭圆形，进入阴囊或大阴唇呈鸭梨形	呈半球形，基底较宽
还纳后压迫内环	不再出现	出现
疝囊颈的位置	腹壁下动脉外侧	腹壁下动脉内侧
嵌顿与绞窄	较多发生	极少发生

46．答：①术后胃出血；②十二指肠残端破裂；③胃肠吻合口破裂或瘘；④术后梗阻；⑤倾倒综合征。

47．答：小儿急性阑尾炎的临床特点：①症状与体征的不平行（病情发展快，全身中毒症状较重，但右下腹体征不典型）；②易穿孔，穿孔后炎症不易局限，常致弥漫性腹膜炎；③病史不清，检查不合作。一旦确诊应及早手术，有高度怀疑者也应手术探查。

48．答：妊娠期急性阑尾炎的临床特点：①压痛点随妊娠月份的增加逐渐抬高；②易穿孔，穿孔后炎症不易局限；③易引起流产或早产，威胁母子安全。应早期手术，围手术期加用黄体酮，术后尽可能不用腹腔引流。

49．答：老年人急性阑尾炎的临床特点：①临床表现（轻）和病理变化（重）不一致；②易穿孔，穿孔后炎症不易局限；③阑尾周围脓肿易误诊为盲肠癌；④常伴有心血管病、糖尿病等使病情复杂、严重。应及时手术，同时治疗老年疾病；加强术后护理，防止并发症发生。

50．答：腹部体征有：单纯性机械性肠梗阻可见腹胀、肠蠕动波、肠鸣音亢进，有气过水声或金属音。绞窄性肠梗阻有固定性压痛和腹膜刺激征，腹腔内渗液多时可有移动性浊音。麻痹性肠梗阻时腹胀均匀，肠鸣音减弱或消失。

51．答：有下列情况之一应考虑有肠绞窄可能：①腹痛发作急骤，起始即为持续性剧烈疼痛，或持续性疼痛阵发性加剧，有时可出现腰背部牵涉痛，呕吐出现早、剧烈而频繁。②病情发展迅速，早期即出现休克，或一般抗休克治疗后改善不显著。③有明显的腹膜刺激征，体温上升、脉率增快、血白细胞计数及中性粒细胞比例增高。④腹胀不对称，腹部有局部隆起或扪及有压痛的肿块。⑤移动性浊音阳性或出现气腹征。⑥呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物、腹腔穿刺抽出液为血性。⑦经积极的非手术治疗症状、体征无明显改善或反而加。

52．答：按病程分为 4 期：①一期：以排便时无痛性出血为主，痔块不脱出肛门外。②二期：便血加重，严重时呈喷射状。排便时痔块脱出，但便后能自行回缩复位。③三期：便血量常减少，但腹压增高时痔块常可脱出，且不能自行回缩，需用手将其托回。同时可出现局部疼痛，痔块嵌顿时疼痛加剧，甚至发生痔块坏死。④四期：便血常消失，痔块长期脱出，不能回纳或回纳后立即又复发。

53．答：肛门坐浴护理时应注意：坐浴时用 40～50℃的温水或 0.02%高锰酸钾溶液，将盆具放在离地面约 20cm 的矮凳上，然后嘱病人下蹲使整个肛门会阴部浸泡在热水中，维持坐浴时间约 15～20 分钟。对年老体弱病人要挽扶其坐下或起身，以免跌倒。

54．答：T 形管引流的护理要点：①妥善固定；②保持引流通畅；③保持清洁；④观察记录胆汁的量及性状；⑤保护引流口皮肤；⑥T 形管一般放置 2 周左右拔管，拔管前先试夹引流管 1～2 天，如无异常情况即可拔除；否则继续引流并进行相应处理。

55．答：①绝对戒烟；②适当休息，注意保暖，保持患肢清洁干燥，防止外伤；③禁止咖啡、浓茶及刺激性食物；④行血管重建术者，术后卧床制动 1～2 周，鼓励病人做足背伸曲运动。

56．答：①早期，曲张静脉弯曲、隆起，似蚯蚓状，长时间站立后患肢酸痛、沉重、发胀、易疲劳；②后期，患肢小腿皮肤出现萎缩、干燥、色素沉着、足踝部水肿等营养障碍表现，轻微损伤可引起慢性溃疡。

57．答：①合并休克者首先应抗休克；②能自行排尿者采用多饮水、使用抗生素；③排尿困难者若能插入导尿管，应留置导尿管 7～14 天；若不能插入导尿管者须手术治疗；④尿外渗局部多切口引流；⑤定期扩张尿道，防止尿道狭窄。

58．答：①促进排石：鼓励病人多饮水，保证尿量达 2000ml/d 以上；指导病人适当活动；遵医嘱使用抗生素；②解痉止痛；③根据结石成分、生活习惯和条件适当调理饮食；④调节尿 pH；⑤药物治疗，密切观察药物的不良反应。

59. 答：（1）碎石术前护理：检查心、肝、肾等重要脏器功能及凝血功能；术前 3 天禁食易产气食物，术前晚服用缓泻剂或灌肠；术日晨禁食禁水。嘱病人在治疗过程中配合定位措施；告知病人碎石机声音较大，不必紧张。

（2）碎石术中护理：①镇静止痛。②安置体位。③保护临近组织。

（3）碎石术后护理：①鼓励病人多饮水。②出现肾绞痛时解痉止痛。③出现肉眼血尿，1～2 天可自行消失；若血尿严重应及时报告医生并协助处理。④每次排尿均需过滤，观察碎石排出情况。⑤大于 2cm 的结石或感染性结石常规应用抗生素 3～5 天。⑥观察有无并发症。⑦定期做泌尿系平片，了解结石排出情况。⑧两次 ESWL 治疗的间隔期不得少于 1 周。

60．答：前列腺增生的病程一般分为刺激期、代偿期和失代偿期三个阶段。①刺激期：主要症状是尿频，尤以夜间为甚，是前列腺增生最早出现的症状；②代偿期：症状是进行性排尿困难，是前列腺增生最重要的症状；③失代偿期：以慢性尿潴留为特征。可发生充盈性尿失禁及急性尿潴留；④其他：合并膀胱炎时可有膀胱刺激征；晚期可出现肾积水和肾功能不全等。

61．答：

（1）早期并发症：①休克。②血管、神经损伤。③脏器损伤。④脂肪栓塞综合征。⑤骨筋膜室综合征。⑥感染。

（2）晚期并发症：①关节僵硬。②愈合障碍。③损伤性骨化（骨化性肌炎）。④缺血性肌挛缩。⑤创伤性关节炎。⑥缺血性骨坏死。⑦其他：长期卧床易引起皮肤压疮、坠积性肺炎、下肢深静脉血栓、泌尿系感染和结石等。

62．答：用简便而有效的方法抢救生命，正确处理伤口，妥善固定骨折处，防止继续损伤和污染，迅速转运至医院，进行及时正确的治疗。

63．答：骨折的治疗原则是复位、固定和康复治疗。

64．答：①病情观察。②鼓励病人进食清淡、高蛋白、高热量、高维生素、含粗纤维多的饮食，多饮水，防治便秘。③卧床期间做好大小便护理、皮肤护理等生活护理，鼓励、促使病人主动功能锻炼。防止并发症的发生。④做好疼痛的观察和护理。

65．答：①协助医生选择适当规格的夹板，准备软质固定衬垫；②夹板外绑扎的布带，松紧度一般应使捆扎带的带结能向远近两侧较容易地各移动 1cm 或容成人一横指；③固定后抬高患肢，观察患肢远端有无感觉障碍及血液循环障碍。④固定 2 周后，应根据病情及时行 X 线检查；⑤指导病人做好功能锻炼。

66．答：①石膏干固前禁止搬动和压迫。②抬高患肢。③注意观察肢体远端感觉、运动和血液循环情况，了解有无石膏型局部压迫现象。④保持石膏型清洁，避免受潮。⑤拆除石膏后，用温水清洗皮肤并涂搽皮肤保护剂。⑥指导病人功能锻炼。

67．答：①设置对抗牵引。②保持有效牵引。③观察患肢远端感觉、运动或血液循环情况；定时测量记录患肢长度的变化。④骨牵引针孔处预防感染的处理。⑤皮肤护理。⑥指导病人功能锻炼。

68．答：治疗的原则是复位、固定、功能锻炼。

69．答：①发病急骤，早期就出现高热（体温常在 39℃以上）、寒战、脉快、头痛、食欲减退等全身感

染中毒症状，严重时可出现感染性休克。②早期患处持续性剧痛及深压痛，患肢活动受限。骨膜下脓肿形成或已破入软组织时可出现明显的局部红、肿或有波动感。③脓液穿破皮肤可形成窦道。合并化脓性关节炎时可出现关节积液和关节红肿等。发病 1～2 周后可发生病理性骨折。

70．答：①加强支持疗法，提高机体抵抗力。②早期联合应用大剂量有效抗生素，体温下降后再连续应用至少 3 周。③患肢制动。④尽早行开窗引流术。

71．答：

（1）局部反应：包括皮肤反应、黏膜反应、放射性器官炎症等三种。皮肤反应分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ三度，其护理要点为做好照射区皮肤的保护，选择全棉柔软内衣；保持皮肤清洁干燥，照射部位用温水和软毛巾轻轻蘸洗，禁用肥皂擦洗或热水浸浴，禁用碘酒、乙醇等刺激性消毒剂，避免冷热刺激及使用粘贴胶布；照射区皮肤禁做注射；外出时防止日光照射。根据反应的不同程度遵医嘱作出相应护理。对黏膜反应和放射性器官炎症应密切观察相应临床征象并遵医嘱作出相应护理。

（2）全身反应：可有头晕、头痛、虚弱、乏力、厌食、恶心、呕吐等症状。每次照射后应嘱病人静卧 30 分钟，鼓励多饮水，大量补充维生素 B 族和 C，每周检查血常规 1～2 次。若白细胞≤3×10^9/L，血小板≤80×10^9/L 时，应暂停放疗，并采取保护性隔离和给予升白细胞和血小板的药物。

72．答：①保证疗效。②保护静脉：静脉给药时应稀释至要求的浓度并在规定时间内滴完。制定静脉使用计划。静脉穿刺时先用生理盐水，注药后再用生理盐水冲管。拔针后抬高患肢。③若出现血栓性静脉炎，即应停止使用该静脉并给予相应处理，但不可挤压或按摩。④预防组织坏死。⑤骨髓抑制、消化道反应、脱发、肝肾毒性反应等不良反应的观察与护理。

73．答：①术后严格禁食禁水 3～4 天，并持续胃肠减压，静脉输液。术后 3～4 天肛门排气后可拔除胃管。拔管 24 小时后可先试饮少量温水，若无异常，术后 5～6 天可给全清流质饮食，术后 10 天可进半流质饮食。术后 3 周可进普通饮食。注意少量多餐，速度不宜过快，避免进食生、冷、硬、烫食物。②安放十二指肠滴液管者，于肠蠕动恢复后由滴管滴入 40℃左右营养液，减少输液量。一般于术后 10 天经口摄入流质或半流质饮食，无异常后即拔除十二指肠营养管。

74．答：①防止皮瓣移动；②保持引流通畅；③密切观察皮瓣颜色、创面愈合的情况。

75．答：术后早期功能锻炼是减少瘢痕牵拉、恢复术侧上肢功能的重要环节。①术后 24 小时内可做伸指、握拳、屈腕等锻炼；②术后 1～3 天进行肘、腕、手的锻炼；③术后 4～7 天病人可坐起，做肩关节小范围活动，鼓励病人用患侧手洗脸、刷牙、进食等，但避免上臂外展；④术后 1～2 周主要是肩关节功能锻炼，包括患侧手指爬墙、转绳、举杆、拉绳等运动，直至患侧手臂能经头顶扪及对侧耳廓。

76．答：结直肠癌术前肠道准备的目的是使肠道排空，以减少肠腔内细菌数量，减少术中污染，防止术后腹胀和切口感染，有利于吻合口的愈合。其方法：①饮食控制：术前 3 天控制饮食，术前 12 小时禁食，4 小时禁饮；②口服肠道抗生素，同时肌注维生素 K；③清洁肠道。

77．答：①观察造口有无异常。②保护腹壁及造瘘口周围皮肤。③指导病人使用人工肛袋。④注意饮食卫生，以免引起腹泻与便秘。⑤并发症如造瘘口感染坏死、狭窄等的观察与护理。

五、论述题

1．答：

（1）体液失衡类型：等渗性中度缺水，低钾血症，代谢性酸中毒。

（2）补液方法

1）补液量及种类：①失衡量（已失量）：60kg×5%＝3kg＝3000mL，第 1 天补 1/2，为 1500mL，给予平衡盐溶液 1500mL，或 5%葡萄糖氯化钠溶液、5%～10%葡萄糖溶液各 750mL。②继续损失量（胃肠减压抽出液量）：5%葡萄糖氯化钠溶液 500mL。③日需量：2000mL，其中 5%葡萄糖氯化钠溶液 500mL，5%～10%葡萄糖溶液 1500mL。

补液总量＝1500+500+2000＝4000mL。另补 10%氯化钾 40～50mL，纠正低钾血症；5%碳酸氢钠 200mL（补液总量中扣除 5%葡萄糖氯化钠溶液 200mL），纠正代谢性酸中毒。

2）补液原则：先盐后糖、先晶后胶、先快后慢、交替输入、尿畅补钾（尿量达到 30mL/h 后开始补钾）。

2．答：

（1）该患者发生了 ARF。由外伤性脾破裂引起失血性休克，术中血压偏低用升压药而导致肾缺血引起。

（2）该患者处于 ARF 少尿期。主要护理措施有：①严格限制入水量，每天补液量＝显性失水量＋不显性失水量－内生水量；②给予高热量、高维生素、低蛋白、低钾饮食；③纠正电解质、酸碱平衡紊乱，重点纠正高钾血症；④防治感染；⑤有条件时进行透析疗法；⑥密切观察病情变化，警惕并发症的发生；⑦继续做好手术后护理。

3．答：

（1）烧伤总面积为：52%。

（2）该患者属于特重度烧伤。

（3）烧伤后第一个 24h 补液总量为：60×52×1.5mL+2000mL=6680mL，其中含钠晶体液 2340mL，胶体液 2340mL，5%～10%葡萄糖溶液 2000mL。

上述液体在伤后的第 1 个 8h 内各输入 1/2（或含钠晶体液和胶体液各 1170mL，葡萄糖溶液 1000mL），其余的在后 16h 内均匀输入，要保证尿量达到 30mL/h 以上。

4．答：

（1）（因患者已有脑疝形成的表现，病情危重，故）最紧急的抢救措施是脱水降颅压（快速静脉输注 20%甘露醇 250～500mL，静注地塞米松 5～10mg、呋塞米 20～40mg），尽可能使脑疝复位，以争取确诊及抢救时间，改善预后。

（2）为尽快确诊，①急行头颅 CT 检查，为抢救治疗提供确切依据；②急查血型和交叉配血试验，为可能的手术中输血做好充分准备（为抓紧时间抢救，尽量减少不必要的其他检查）。

（3）诊断：①脑挫裂伤；②右侧硬脑膜下血肿伴小脑幕切迹疝；③左枕头皮血肿。

诊断依据：①左枕部外伤史；②意识障碍 4h；③右侧瞳孔散大，光反射消失，左侧肢体无自主活动；④左枕头皮血肿直径 4cm。

（4）治疗方案：①脱水降颅压；②保持呼吸道通畅，吸氧；③立即进行紧急手术前的准备，争取 0.5h，最迟 1h 内，行右侧开颅，颅内血肿清除术，并根据颅内脑挫裂伤情况行坏死组织清除术和（或）减压术；④术后按脑挫裂伤的治疗原则继续治疗。

5．答：

（1）急性完全性机械性（黏连性）肠梗阻；可能病因是以往腹部手术导致的粘连性肠梗阻。

（2）对该患者手术前病情观察重点内容：①生命体征变化；②腹部症状、体征有无进行性加重，腹痛性质和肠鸣音有无改变，呕吐的频率和呕吐物的性状等；③辅助检查结果；　　④胃肠减压液的性状。

6．答：

（1）检查：①积极控制休克后行腹部 X 线平片检查（如除具备有机械性肠梗阻外，见腹部孤立性突出较大之肠襻，空、回肠换位等特有征象，即可确诊）；②血电解质浓度测定及血气分析（以明确体液失衡的程度和性质）。

（2）诊断：小肠扭转（肠粘连导致）、休克；或粘连性绞窄性肠梗阻（小肠扭转）、休克。

诊断依据：①青年男性，既往有腹腔感染和手术史；②饱食后剧烈活动（挑担）；③神情淡漠，肢端湿冷，脉搏 120/min、细弱，血压 70/50mmHg 等休克表现；④突然出现典型的绞窄性肠梗阻表现；⑤WBC 20×10^9/L，N 0.92。

（3）治疗原则：在积极抗休克、抗感染的同时做好紧急手术前准备，及早手术探查。

护理措施：①立即禁食禁饮、胃肠减压；②快速补充血容量，纠正休克及体液紊乱；③遵医嘱应用有

效抗生素控制感染，并严密观察病情变化；④尽快做好急症手术前其他准备工作。

7．答：

（1）诊断：①右侧开放性气胸；②左上腹穿透性损伤；③肠坏死、穿孔；④弥漫性腹膜炎。

（2）现场急救：①立即加压包扎胸部伤口，使其变为闭合性气胸；②脱出腹腔外的肠管，用消毒或清洁的碗、盆等覆盖保护，然后包扎保护，现场切不可送回腹腔（因肠管已经坏死）；③立即快速转送至有条件的医院进一步救治。

（3）治疗原则：迅速在抗感染、抗休克、紧急术前准备的前提下，及早行剖胸探查（处理肺部损伤、关闭胸腔）和剖腹探查术（清理腹腔、肠切除肠吻合）。

8．答：

（1）十二指肠溃疡急性穿孔。

（2）毕Ⅱ式胃大部切除术。

（3）十二指肠残端破裂。

（4）倾倒综合征。进食后平卧 10～20min；避免过甜、过咸、过浓的刺激饮食。

9．答：

（1）该患者最可能的疾病是：胆囊结石及胆总管结石。

（2）T 型引流管的护理措施包括：①妥善固定；②保持有效引流；③观察并记录引流液的颜色、量和性状；④保持清洁，预防感染；⑤拔管。

10．答：

（1）诊断：右侧输尿管结石。依据：①男，29 岁；②右下腹阵发性疼痛 1 日，为阵发性绞痛，每次发作时疼痛向睾丸放射；③检查：T37℃，P80 次/min，R20 次/min，BP100/70mmHg；④麦氏点稍下方有压痛，肌紧张存在，未触及包块；⑤尿常规：RBC（+）。

（2）须做的检查：①B 超检查；②泌尿系 X 线平片；③排泄性尿路造影检查。

（3）处理原则　根据结石大小、位置、有无输尿管狭窄等情况决定具体处理方法。若结石<0.6cm，一般排石疗法；如结石<2.5cm，采用 ESWL 治疗或经皮肾镜取石或碎石（PCNL）、输尿管镜取石或碎石、腹腔镜输尿管取石。若非手术疗法无效，或并伴肾实质破坏、肾功能受损者手术治疗。

护理要点包括：①疼痛明显者解痉止痛；②不能进食者静脉输液；③促进排石：鼓励患者大量饮水，保持尿量在 2000mL/天以上，并适当运动，口服排石和溶石药物；④适当应用抗生素防治感染。

11．答：

（1）急救处理原则是抢救生命（抗休克、镇痛），正确处理伤口（制止活动性出血，必要时可应用止血带，包扎创口），妥善固定，迅速转运至医院，进行及时正确的治疗。

（2）若疑为骨折一般应拍摄 X 线片（包括邻近一个关节在内的正、侧位片，必要时加拍特殊位置片）。

（3）若经检查证实患者右股骨干骨折，其治疗原则是抗休克治疗，休克纠正后可采用持续骨牵引复位（或切开复位）、夹板固定，并积极进行功能锻炼。

12．答：

（1）诊断：右侧乳腺癌。诊断依据：①55 岁女性；②右乳外上象限肿块；③乳房橘皮样改变；④右侧腋窝淋巴结肿大。

（2）可行的辅助检查：①乳腺钼靶 X 线摄影；②细胞穿刺检查；③活体组织检查：可确定肿块性质；④B 超检查。

（3）治疗原则：以根治术手术治疗为主，配合放疗、化疗、内分泌等综合治疗。

2013年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类西医专业课试题参考答案及评分参考

一、选择题（内科护理学1-20；外科护理学21-40。每小题2分，共80分）

1． A	2． D	3．C	4．C	5．D
6． C	7． B	8．B	9．D	10．B
11．D	12．D	13．A	14．C	15．C
16．A	17．A	18．D	19．D	20．B
21．D	22．B	23．C	24．B	25．D
26．C	27．D	28．D	29．D	30．C
31．B	32．C	33．D	34．D	35．B
36．B	37．A	38．D	39．A	40．C

内科护理学（60分）

二、判断题（每小题2分，共20分）

41．√	42．×	43．×	44．×	45．×
46．×	47．√	48．√	49．×	50．√

三、名词解释题（每小题2分，共10分）

51．支气管哮喘是以嗜酸性粒细胞、肥大细胞反应为主的气道变应性炎症和气道高反应性为特征的疾病。

52．上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠、胰腺、胆管或胃空肠吻合术后等病变引起的出血。

53．癫痫持续状态是指一次癫痫发作持续30min以上，或连续多次发作、发作间期意识未恢复至通常水平者。

54．膀胱刺激征由于膀胱受到炎症或理化因素刺激而发生痉挛，引起尿频、尿急、尿痛的总称。

55．糖尿病是由遗传和环境因素相互作用而引起的以慢性高血糖为特征的代谢异常综合征。

说明：能够表述准确给2分，不够准确扣1分。

四、简答题（每小题5分，共20分）

56．常见毒性反应有：(1) 胃肠道反应：如食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，常是洋地黄中毒的首发症状（2分）。(2) 心血管系统反应：最重要、最严重的毒性反应是心律失常，以室性期前收缩最常见（2分）。(3) 神经系统的反应：如头痛、头晕、嗜睡、抑郁、视力模糊、黄视和绿视等（1分）。

57．(1) 上消化道出血 (2) 肝性脑病 (3) 感染 (4) 原发性肝癌 (5) 肝肾综合征 (6) 电解质紊乱和酸碱平衡失调 **答出1条给1分，答出5条可给满分。**

58．(1) 输注化疗药物前，先用生理盐水冲管，确定输液顺利无渗漏后，再给予化疗药物，确保针头在血管内，输注完毕用用盐水冲洗后拔针（1分）。(2) 一旦药液外渗，立即停止输注，边回抽边退针，以吸除

部分药液，然后拔出针头更换部位，局部使用生理盐水加地塞米松或遵医嘱选用相应的拮抗剂（2 分）。（3）发生静脉炎的局部血管禁止静脉注射，患处勿受压（1 分）。（4）合理选用静脉：反复多次化疗的者，最好选用中心静脉或深静脉置导管（1 分）。

59．（1）休息与体位：急性期应采取侧卧位绝对卧床休息，床头抬高 15°-30°以减轻脑水肿（1 分）。发病后 24-48h 内避免搬动，对谵妄患者要加床挡，必要时给予约束带（1 分）。（2）饮食护理：急性脑出血患者发病 24h 内应该禁食，患者生命体征平稳、无颅内压增高症状及严重消化道出血时，可进食高蛋白质、高维生素、低盐、低脂及含纤维素的半流质食物（1 分）。发病 3d 后仍昏迷者，应鼻饲流质饮食（1 分）。（3）保持大便通畅：避免用力排便，便秘时，可用导泻药物，但禁止灌肠（1 分）。

说明：答题内容符合答案要点即可给分。

五、病例分析题（10 分）

60．（1）冠心病，急性心肌梗死。（2 分）

（2）心电图（2 分）；心肌酶学检查。（1 分）

（3）针对疼痛的护理措施。（5 分）

①饮食休息：发病 12h 内绝对卧床休息，4－12h 内给予流质饮食，以减轻胃扩张。（1 分）

②给氧：鼻导管给氧，氧流量 2-5L/min。（1 分）

③心理护理：发作时专人看护，给予心理支持。（1 分）

④止痛治疗的护理：遵医嘱给予吗啡或哌替啶止痛，观察有无呼吸抑制不良反应。（1 分）

⑤溶栓治疗的护理：询问溶栓禁忌症；溶栓前血液检查；建立静脉通路，遵医嘱用溶栓药物，注意观察不良反应；溶栓疗效观察，判断溶栓是否成功。（1 分）

说明：答题内容符合答案要点即可给分。

外科护理学（60 分）

六、判断题（每小题 2 分，共 20 分）

61．√　　62．×　　63．×　　64．×　　65．×

66．√　　67．×　　68．√　　69．√　　70．√

七、名词解释题（每小题 2 分，共 10 分）

71．脑震荡是指头部受暴力作用后，立即出现短暂的大脑功能障碍，但无明显的脑组织器质性损害。

72．疖是单个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染，致病菌多为金黄色葡萄球菌。

73．急性腹膜炎由细菌感染、腹部损伤、化学刺激等引起的腹膜急性炎症性疾病，临床上根据发病机制可分为原发性和继发性腹膜炎。

74．多根、多处肋骨骨折，特别是前侧局部胸壁，可因失去完整肋骨支撑而软化，产生反常呼吸运动：吸气时，软化的胸壁内陷；呼气时，该区胸壁向外鼓出，此类胸廓称为连枷胸。

75．骨筋膜室综合征多见于前臂和小腿，是由于骨筋膜室内压力增高，局部肌肉和神经急性缺血，肢体出现剧痛、肿胀、皮肤苍白或发绀、功能障碍等一系列综合征。

说明：能够表述准确给 2 分，不够准确扣 1 分。

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

76．（1）妥善固定，防止滑脱。（2）保持引流管通畅，随时观察 T 型管是否通畅，勿使引流管扭曲、受压，

可经常向远端挤捏。(3) 保持无菌，每天更换引流袋，防止逆行感染 (4) 观察记录引流液颜色、性质、量、有无鲜血或碎石等沉淀物 (5) T 型管周围皮肤的护理：每周清洁消毒 T 型管周围皮肤一次，并覆盖无菌纱布，如有胆汁渗漏，需及时更换，并局部涂氧化锌软膏保护。(6) 拔管：T 型管一般放置 2 周左右，如无特殊情况即可拔管。

77.(1) 胃、十二指肠溃疡急性穿孔。(2) 胃、十二指肠溃疡急性大出血。(3) 瘢痕性幽门梗阻。(4) 胃溃疡恶变或可疑恶变。(5) 内科长期治疗无效的顽固性溃疡。

78. 以抢救生命为首要原则，立即行胸膜腔穿刺减压 (1 分)。可用粗针头在伤侧锁骨中线第二肋间穿刺入胸腔 (1 分)，穿刺针尾系一末端有 1cm 小剪口的乳胶指套，剪开的指套能起到活瓣的作用，呼气时活瓣开放气体排出，吸气时活瓣闭合则阻止气体进入胸膜腔 (3 分)。

79.(1) 石膏干固前禁止搬动和压迫，以免骨折，可采用提高室温、灯泡烘烤等措施加速石膏干固。(2) 抬高患肢，以利于肢体远端血液回流，减轻肿胀。(3) 注意观察肢体远端感觉、运动和血液循环，了解有无石膏型压迫现象。(4) 保持石膏型清洁，避免受潮。(5) 拆除石膏后，用温水清洗皮肤，涂擦皮肤保护剂。(6) 指导病人功能锻炼。

说明：答题内容符合答案要点即可给分。76、77、79 题按要点给分，答出一个要点给 1 分，答出 5 点给满分。

九、病例分析题 (10 分)

80.(1) 该患者的诊断为急性胆囊炎胆石症。(2 分)

(2) 治疗原则：先采用非手术治疗 (包括卧床休息、禁食、胃肠减压、输液纠正水电解质、酸碱失衡、解痉止痛、使用广谱抗生素及全身支持疗法等)，即能控制炎症，也可作为术前准备；同时进行各项术前准备工作，尽早采取手术治疗 (2 分)；手术治疗包括胆囊切除术+胆总管探查术 (1 分)。

(3) 术前护理要点

①按普外科术前护理常规，做好手术准备。(1 分)

②注意观察腹痛、发热的进展程度、有无弥漫性腹膜炎等。(1 分)

③病人准备，使其身体达到较好状态。如贫血者，水电解质失调者，低蛋白血症者，给予相应的对症处理。(1 分)

④讲解有关手术知识及术后注意事项 (如翻身、深呼吸、有效的咳嗽、早期活动等)。(1 分)

⑤了解病人对手术的心理压力，做好心理护理。(1 分)

说明：答题内容符合答案要点即可给分。

2013年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类中医专业课试题参考答案及评分参考

一、选择题（中医内科学1-20；中医外科学21-40。每小题2分，共80分）

1．A	2．A	3．C	4．A	5．D
6．A	7．D	8．B	9．B	10．C
11．B	12．D	13．D	14．A	15．D
16．A	17．C	18．A	19．D	20．C
21．B	22．D	23．C	24．C	25．C
26．D	27．A	28．B	29．A	30．B
31．B	32．A	33．A	34．D	35．C
36．B	37．C	38．D	39．A	40．B

中医内科学（60分）

二、判断题（每小题2分，共20分）

41．×	42．√	43．√	44．×	45．√
46．√	47．×	48．×	49．×	50．√

三、名词解释题（每小题2分，共8分）

51．咳嗽是指外感或内伤等多种病因所致（1分），肺失宣肃而肺气上逆，以咳嗽为主要表现的病证（1分）。

52．喘证是以气息迫促，呼吸困难（1分），甚至张口抬肩，鼻翼煽动，难以平卧为主要临床表现的一种病证（1分）。

53．眩晕是指以头晕目眩为主要临床表现的一类病证（1分）。眩即眼花，晕即头晕，二者常同时并见，故统称为眩晕（1分）。

54．中风是指突然昏仆，不省人事，伴口舌歪斜，半身不遂，语言不利（1分），或不经昏仆而仅以歪僻不遂为主症的一种疾病（1分）。

四、简答题（每小题5分，共20分）

55．均可因感受湿热外邪或饮食内伤而发病，主要病位在肠，且均好发于夏秋季节（1分）。泄泻以排便次数多，粪质稀溏如水或完谷不化为主症，一般无里急后重，泻后腹痛可减（2分）。痢疾以腹痛、下痢赤白脓血粘冻，里急后重为主症，痢后腹痛不减（2分）。

56．凡感受风邪、水气、湿毒、湿热诸邪，发病较急，证见表、热、实证者，多属阳水（2分）。凡饮食劳倦，房劳过度（1分），损伤正气，起病较缓，病程较长，证见里、虚、寒证者，多属阴水（2分）。

57．发热多为低热或午后潮热，热势常随情绪波动而起伏（2分），精神抑郁，胸胁胀满，或烦躁易怒，口干而苦（2分），舌红、苔黄，脉弦数（1分）。

58．肢体关节疼痛重着（1 分），或肿胀，痛有定处，手足沉重，活动不便，肌肤麻木不仁（2 分），舌苔白腻，脉濡缓（1 分）。代表方剂：薏苡仁汤（1 分）。

说明：答题内容符合答案要点者，即可给分。

五、病例分析题（12 分）

59．中医病名：淋证（3 分）

证型：热淋（3 分）

治法：清热利湿通淋（3 分）

方剂：八正散（3 分）

说明：要求无错别字，否则扣分。

中医外科学（60 分）

六、判断题（每小题 2 分，共 20 分）

60．√　　61．√　　62．√　　63．×　　64．√

65．√　　66．√　　67．×　　68．×　　69．×

七、名词解释题（每小题 2 分，共 8 分）

70．脱疽：是发生于四肢末端，严重时趾（指）节坏疽脱落的一种慢性周围血管疾病（1 分），好发于四肢末端，下肢更为多见（1 分）。

71．蛇串疮：是一种皮肤上出现成簇水疱（1 分），呈带状分布，痛如火燎的急性疱疹性皮肤病（1 分）。

72．湿疮：是一种以渗出为主要特征的过敏性皮肤病（2 分）。

73．药物性皮炎：是药物通过内服、注射、吸入或外用等途径进入人体内（1 分），而引起皮肤粘膜的急性炎症反应（1 分）。

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

74．是皮肤上出现瘙痒性风团（2 分），发无定处，骤起骤退（2 分），消退后不留任何痕迹（1 分）。

75．发病急，皮损潮红灼热（1 分），瘙痒，糜烂，渗液，结痂，浸淫成片（2 分），伴身热，心烦，口渴，大便干，尿短赤（1 分）。舌质红，苔薄黄，脉滑或数（1 分）。

76．在颜面的某处皮肤上忽起一粟样脓头（1 分），或麻或痒或麻痒相兼（1 分），继则渐渐煽热肿痛（1 分），其形小，根深，坚硬，如“钉丁”之状（1 分）。重者有恶寒发热等全身症状（1 分）。

77．痔核较小，质柔软，表面色鲜红或青紫（3 分），大便时痔核不脱出肛外（1 分），常与大便摩擦出血（1 分）。

说明：答题内容符合答案要点者，即可给分。

九、病例分析题（12 分）

78．中医病名：乳癖（3 分）

证型：肝郁痰凝（3 分）

治法：疏肝解郁，化痰散结（3 分）

方剂：逍遥蒌贝散（3 分）

说明：要求无错别字，否则扣分。

2014年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类西医专业课试题参考答案及评分参考

一、选择题（内科护理学1-20；外科护理学21-40。每小题2分，共80分）

1． B	2． C	3． C	4． C	5． D
6． C	7． C	8． A	9． B	10．D
11．B	12．D	13．D	14． A	15．D
16．A	17．D	18．B	19．B	20．A
21．B	22．A	23．A	24．C	25．A
26．C	27．D	28．B	29．D	30．A
31．D	32．A	33．B	34．D	35．B
36．D	37．D	38．D	39．D	40．D

内科护理学（60分）

二、判断题（每小题2分，共20分）

41．√	42．√	43．√	44．√	45．√
46．√	47．×	48．×	49．√	50．√

三、名词解释题（每小题2分，共10分）

51．哮喘持续状态：严重哮喘发作持续24小时以上，经一般的支气管扩张剂治疗无效者称哮喘持续状态。

52．心肌梗死：是在冠状动脉病变的基础上，发生冠状动脉供血急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地缺血导致心肌坏死。

53．肝性脑病：是由严重肝病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征，其主要临床表现是行为失常和不同程度的意识障碍。

54．消化性溃疡：是指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，因溃疡形成与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关而得名。

55．再生障碍性贫血：简称再障，是由于多种因素引起的一种获得性骨髓造血功能衰竭症，以造血干细胞损伤、外周血全血细胞减少为特征。

说明：答案以“内科护理学，主编，孙建勋，河南科学技术出版社，2011年8月第1次印刷”为参考依据，只要答出要点即可。

四、简答题（每小题5分，共20分）

56．协助患者排痰的措施有哪些？

答：①指导患者深呼吸和有效咳嗽；(1分)

②胸部叩击和胸壁震荡；(1分)

③湿化呼吸道；(1分)

④体位引流；(1分)

⑤机械吸痰。(1分)

57．简述洋地黄中毒的处理原则。

答：①遵医嘱立即停用洋地黄制剂；(2分)

②如出现低血钾，应补充钾盐，同时停用排钾利尿剂；(1分)

③及时纠正心律失常。快速型心律失常可用利多卡因，或苯妥英钠；缓慢型心律失常可用阿托品。(2分)

58．简述心功能分级。

答：根据患者体力活动受限程度及心悸、气急等表现，将心功能分为四级。(1分)

①I级（心功能代偿期）：体力活动不受限制，一般体力活动不出现乏力、心悸、气短。(1分)

②II级（心力衰竭一度）：体力活动轻度受限。一般体力活动可引起乏力、心悸、气短。(1分)

③III级（心力衰竭二度）：体力活动明显受限。小于一般体力活动即可引起乏力、心悸、气短。(1分)

④IV级（心力衰竭三度）：体力活动完全受限。不能从事任何活动。休息、睡眠时亦感到乏力、心悸、气短。(1分)

59．简述脑出血急性期的治疗原则。

答：①防治再次出血；(1分)

②控制脑水肿；(1分)

③降低颅内压；(1分)

④维持生命功能，防治并发症。(2分)

说明：答案以“内科护理学，主编，孙建勋，河南科学技术出版社，2011年8月第1次印刷”为参考依据，只要答出要点即可。

五、病例分析题（10分）

60．答：(1) 临床诊断：急性出血坏死型胰腺炎（急性胰腺炎也可)。(3分)

(2) 主要护理诊断：

①疼痛：腹痛——与胰腺及其周围组织炎症、水肿、坏死有关。(1分)

②有体液不足的危险——与恶心、呕吐、禁食、胃肠减压有关。(1分)

③体温过高——与胰腺炎症、坏死和继发感染有关。(1分)

(3) 健康教育要点：

①向患者及家属解释本病主要的诱发因素及疾病过程。(1分)

②教育患者积极治疗胆道疾病，注意防治胆道蛔虫。(1分)

③规律饮食，禁食高脂食物，避免暴饮暴食（1分)。

④戒除烟酒，定期复查。(1分)

说明：答案以“内科护理学，主编，孙建勋，河南科学技术出版社，2011年8月第1次印刷”为参考依据，只要答出要点即可。

外科护理学（60分）

六、判断题（每小题2分，共20分）

61．√　　62．√　　63．×　　64．×　　65．×

66．√　　67．×　　68．×　　69．√　　70．√

七、名词解释题（每小题 2 分，共 10 分）

71．急性肾衰竭：是由肾脏本身或肾外因素使肾实质破坏，造成肾功能急性障碍而产生的临床综合征。

72．痈：是多个相邻的毛囊及其周围组织的急性化脓性感染，或由多个疖融合而成。

73．急性乳腺炎：是指乳房的急性化脓性感染，多发生于哺乳期的初产妇，常于产后 3-4 周发病，致病菌以金黄色葡萄球菌为主。

74．肠梗阻：肠内容物的正常运行或通过发生障碍，称为肠梗阻。

75．酒窝征：乳癌侵犯连接皮肤与腺体的库柏（Cooper）韧带，使之缩短，可使癌肿表面皮肤凹陷，类似酒窝样，称为“酒窝征”。

说明：答案以“外科护理学，主编，刘东升，河南科学技术出版社，2012 年 8 月第 2 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可。

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

76．简述急性肾衰竭少尿期的临床表现。

答：此过程一般持续 7-14 天，主要表现有：

①少尿或无尿；（1 分）②水中毒；（1 分）③电解质紊乱；（1 分）④代谢性酸中毒（1 分）；⑤尿毒症；（1 分）

77．脑震荡的临床表现有哪些？

答：①意识障碍，一般不超过 30min；（2 分）

②逆行性遗忘；（1 分）

③可有头晕、头痛、恶心、呕吐、耳鸣等症状；（1 分）

④自主神经功能紊乱，但无神经系统阳性体征。（1 分）

78．简述急性乳腺炎的健康教育内容。

答：①纠正乳头缺陷；（1 分）

② 保持乳头清洁；（1 分）

③预防乳头破损；（1 分）

④养成良好的哺乳习惯，防治乳汁淤积。（2 分）

79．简述开放性气胸的防治要点。

答：①立即封闭伤口；（1 分）②纠正休克；（1 分）③防治感染；（1 分）④彻底清创；（1 分）⑤行胸腔闭式引流。（1 分）

说明：答案以“外科护理学，主编，刘东升，河南科学技术出版社，2012 年 8 月第 2 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可。

九、病例分析题（10 分）

80．答：（1）骨折的局部表现有：骨折处疼痛、肿胀、瘀斑和伤肢的功能障碍。（2 分）

（2）骨折的特有体征是：畸形、异常活动、骨擦音或骨擦感。（2 分）

（3）骨折的治疗原则是：复位、固定和康复治疗。（3 分）

（4）护理诊断：①疼痛；②躯体移动障碍；③有皮肤完整性受损的危险。（3 分）

说明：答案以“外科护理学，主编，刘东升，河南科学技术出版社，2012 年 8 月第 2 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可。

2014年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试

医科类中医专业课试题参考答案及评分参考

一、选择题（中医内科学1-20；中医外科学21-40。每小题2分，共80分）

1．D	2．C	3．A	4．A	5．B
6．D	7．B	8．A	9．B	10．C
11．C	12．D	13．A	14．B	15．D
16．C	17．A	18．D	19．B	20．C
21．C	22．B	23．A	24．B	25．C
26．D	27．C	28．A	29．B	30．C
31．A	32．D	33．D	34．C	35．D
36．D	37．A	38．C	39．C	40．A

中医内科学（60分）

二、判断题（每小题2分，共20分）

41．×	42．√	43．√	44．√	45．×
46．√	47．×	48．×	49．√	50．√

三、名词解释题（每小题2分，共8分）

51．泄泻：是以排便次数增多，粪质稀薄或完谷不化，甚至泻如水样为特征的病证。

52．黄疸：是以目黄、身黄、小便黄为主要特征的病证。其中尤以目白睛黄染为确定本病的重要依据。

53．水肿：是指肺、脾、肾功能失调，三焦决渎失司，膀胱气化不利所致的体内水液潴留，泛溢肌肤，引起的以头面、目窠、四肢、腹背乃至全身浮肿，小便不利等为临床特征的一种病证。

54．痹症：是由于感受风、寒、湿、热之邪，使经络闭阻，气血运行不畅，导致以肌肉、筋骨、关节发生酸痛，麻木，重着，或关节肿胀、变形，活动障碍，甚至内舍于五脏为主要表现的病证。

说明：答案以“《中医内科学》 主编 肖振辉，江苏科学技术出版社，2004年8月第7次印刷”为参考依据，只要答出要点即可给分。

四、简答题（每小题5分，共20分）

55．痰湿蕴肺型咳嗽的症状和治疗方剂各是什么？

答：主证：咳嗽痰多，咳声重浊，因痰而咳，痰粘或稠厚成块，色白或带灰色，每于晨间咳痰尤甚，痰出咳缓（1分），常伴有胸闷，脘痞，泛恶，食少，大便时溏（1分），舌苔白腻，脉濡滑（1分）。

方剂：二陈汤合三子养亲汤加减（2分）

56．水肿的治疗原则是什么？

答：水肿的治疗原则，《黄帝内经》早有论述，即“开鬼门”、“洁净府”、“去菀陈莝”三项基本原则（2分）。若水肿经久不消，或有瘀血现象者，可结合应用活血化瘀法（1分）。后世通过临床实践，又增加健脾、

温肾及攻补兼施等多种治疗原则，较前更为完备（2 分）。

57．如何区分咳血与吐血？

答：咳血与吐血，血液均经口而出，但二者截然不同（1 分）。咳血是由肺来，经气道随咳嗽而出，血中常夹有气泡、痰液，血色多鲜红，血液为碱性，咳血之前多有胸闷、咳嗽、咳痒等症状（2 分）；吐血是血从胃来，经呕吐而出，常夹有食物残渣，血色紫暗或咖啡色，血液为酸性，吐血之前多有胃脘不适，或胃痛、恶心等症状，大便多呈黑色（2 分）。

58．简要回答内伤发热中气虚发热的症状和方剂

答：发热常在劳累后发生或加剧，热势或高或低（1 分），倦怠乏力，气短懒言，自汗，易于感冒，食少便溏（1 分），舌质淡、苔薄白，脉弱（1 分）。

方剂：补中益气汤加减（2 分）

说明：答案以“《中医内科学》 主编 肖振辉，江苏科学技术出版社，2004 年 8 月第 7 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可给分。

五、病例分析题（12 分）

59．答：中医病名 心悸（3 分）

证型：心虚胆怯（3 分）

治法：镇惊定志，养心安神（3 分）

方剂：安神定志丸加味（3 分）

说明：答案以“《中医内科学》 主编 肖振辉，江苏科学技术出版社，2004 年 8 月第 7 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可给分。

中医外科学（60 分）

六、判断题（每小题 2 分，共 20 分）

60．×　　61．√　　62．×　　63．√　　64．×

65．√　　66．√　　67．×　　68．×　　69．√

七、名词解释题（每小题 2 分，共 8 分）

70．瘰疬：是发生于颈部淋巴结的慢性化脓性疾患。肿块小者为瘰，大者为疬，大小肿块串生如贯珠之状，故名瘰疬。

71．神经性皮炎：是以皮肤苔藓样变和阵发性剧痒为特征的慢性皮肤神经功能障碍性皮肤病。因其顽固难愈，皮损厚韧，状如牛领之皮，又名“牛皮癣”。

72．瘾疹：是一种以风团为主要表现的过敏性皮肤病。因其小则如麻如豆，大则成块成片，每因遇风而发，故俗称“风疹块”。

73．附骨疽：是一种毒邪深袭，附骨而生的化脓性疾病。

说明：答案以“《中医外科学》 主编 吴恒亚，江苏科学技术出版社，2004 年 2 月第 6 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可给分。

八、简答题（每小题 5 分，共 20 分）

74．简答疮疡逆证的特点

答：初起：形如黍米，疮顶平塌，根脚散漫，不痛不热。（1 分）

已成：疮顶软陷，肿硬紫暗，不脓不腐。（1 分）

溃后：皮烂肉坚无脓，时流血水，肿痛不减。（1 分）

收口：脓水清稀，腐肉虽脱，新肉不生，色败臭秽，疮口经久难敛，疮面不知痛痒。（2 分）

75．简答如何根据皮肤损害选择适当的外用药物剂型。

答：一般而言，皮肤炎症在急性阶段，主要表现红斑、丘疹、水疱而无明显渗液，可选用洗剂、粉剂、乳剂（2 分）；如有明显渗液或红肿，宜用溶液湿敷（1 分）。亚急性阶段渗液少，红肿减轻，则用油剂为宜（1 分）。慢性阶段皮损肥厚，使用软膏为主（1 分）。

76．简答内痔分期

答：内痔共分为III期，Ⅰ期：痔核较小，无脱出，以便血为主。（1 分）

Ⅱ期：痔核较大，大便时脱出肛外，便后可自行回纳，便血或多或少。（1 分）

III期：痔核更大，除大便时痔核脱出肛外，甚至行走、咳嗽、喷嚏、下蹲等均会脱出，须用手托方能回纳，或平卧、热敷后才能自行纳入肛内，便血不多或无血。（3 分）

77．浅Ⅱ度烧伤临床表现

答：浅Ⅱ度烧伤：伤及表皮的生发层、真皮乳头层（2 分）。局部红肿明显，形成大小不一的水疱，内含浅黄色澄清液体（1 分），水疱皮如剥脱，创面红润、潮湿、疼痛明显（1 分）。如不感染，1～2 周内愈合一般不留疤痕，多数有色素沉着。（1 分）

说明：答案以“《中医外科学》 主编 吴恒亚，江苏科学技术出版社，2004 年 2 月第 6 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可给分。

九、病例分析题（12 分）

78．答：中医诊断：乳痈（2 分）

证型：气滞热壅证（2 分）

治法：疏肝清胃，通乳消肿（2 分）

方剂：瓜蒌牛蒡汤加减（3 分）

外治：热敷或乳房按摩，也可用金黄散或玉露膏外敷（3 分）

说明：答案以“《中医外科学》 主编 吴恒亚，江苏科学技术出版社，2004 年 2 月第 6 次印刷”为参考依据，只要答出要点即可给分。